

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

محمدؐ وفضلہ وسلم

علمِ حجتِ

حصہ دُوم

بہشت

سلوات و اکیاس

سلوات (رسولیاں)

سَلْعہ (رسولی) کا لفظ طبی اصطلاح میں ہر درم یا سوجن (مخامات) انتفاخ کے لئے نہیں بولا جاتا ہے، بلکہ اس سے مراد وہ غیر طبی مرضی اور نئی باسیدگی (مکرون جدیدہ مرضی) ہے جو ایک حالت تک پہنچ کر نہر گئی ہو، یا آگے غرض رہی ہو، اسکا کوئی نمایاں سبب نہ ہو، اور اس کے ساتھ کوئی بدنی فائدہ دہشت نہ ہو، اور اسکی قیاسی انتہا نہ ہو (کوئی مخصوص قاعدہ اور صورت نہ ہو)

سَلْعہ ٹیو مرزا اینڈ سسٹ۔ سَلْعہ چنانچہ وہ بلندیاں یا زیادتیان جو انتہاب کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے، وہ ہمیشہ پیریا بسرعت بُدی ساخت (یعنی بُدی بافت) (بانی صفحہ پہلا)

اُسکے اختتام کی نہ ہو) چنانچہ ورم والہ تپ، ترشح رطوبات، خراج دودھیل اور اخراج ریاخ وغیرہ سے جو سوجن اور انتفاخ (پھولن) پیدا ہوتا ہے اُسے اصطلاحاً سلعہ (رسولی) نہیں کہا جاتا ہے۔ اسی طرح وہ بلندیاں بھی سلعات میں شامل نہیں ہیں جو اجسام غریبہ، انورسا، ٹلی ہوئی پٹیوں کے سروں کے ادبھرنے اور اعضا کی بد وضعی سے (مثلاً آنتوں کے فتق سے) جسم کے مختلف مقامات میں پیدا ہو جاتی ہیں۔

سلعہ ایک مرضی بالیدگی ہے جو زندہ بابت سے مرکب ہوتی ہے خواہ وہ بابت طبعی ہو یا غیر طبعی۔ طبعی بابت سے مراد وہ ساخت ہے جو بدن انسان کی طبعی بانقوں سے مشابہ ہو، مثلاً عظمیٰ، غضروفی، عصبی اور عضلی وغیرہ۔ اور غیر طبعی اسکے برعکس۔ جب سلعہ طبعی بابت پر شتمل ہوتی ہے، تو وہ لحاظ مقدار اور مقام کے غیر طبعی ہوتی ہے۔

(بقیہ حاشیہ صفحہ ۳) میں یا اسی جیسی کسی دوسری ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہیں، اور یہ ان کے لئے ایک متعین اور اصولی استاذ مزید براں تولدات الہنا بیگاہے پوسے طور پر غائب ہو جاتے ہیں، یا عارضی طور پر اپنے حجم کو کم کر دیتے ہیں۔

اسی طرح اس تعریف کو کسی عضو کا عظم سادہ و ضحامت مختلف بھی خارج ہو جاتا ہو کیونکہ اسکو ساتھ عام طور پر اسکا طبعی فعل ہی قوی اور تیز تر ہو جاتا ہو یا یہ کہ عظم شدت ریاضت عضوی کا نتیجہ ہوتا ہو، مثلاً لوہاروں کے بازو کا عضلہ ذات الراسن (بھلی) بازو کی ورزش سے بڑھا ہوا ہوتا ہو، علاوہ ازیں یہاں کی عجیب ساخت نہیں سچی ہو، بلکہ اساطبعی بابت کی پرورش اور افزائش ہو جاتی ہے۔

دوبارہ ایسی ہوتا ہو کہ یہ اپنی نور پر کوئی عضو یا عضو کا کوئی حصہ زائد پیدا ہوتا ہو مثلاً زائد انگلی یہ اگر پوس تعریف کے بعد اس واقع میں ہوتا ہو کہ اصطلاحاً اظہار اس سلعہ شمار نہیں کرتے ہیں۔ لے اگرچہ اسکو سلعہ یا رسولی کی اصطلاح نہ کہ بہت وسیع منہم کیلئے بولا جاتا ہو اور یہ غیر طبعی سوجن کو سلعہ کہہ دیا جاتا ہو جو جسم پر غور ہو جو تک ہو۔

سلعات کی پرورش اور بایدگی انہی مواد سے ہوتی ہے جو دوسری طبعی ساختوں کے تغذیہ کے لئے بدن کے اندر مہیا ہوتے ہیں، اپنی نوعیت کے لحاظ سے یہ رسولیاں مختلف تغیرات ظاہر کرتی ہیں، اور مختلف طریقوں سے بڑھتی ہیں۔

اسباب۔ سلعات کے اسباب دراصل اب تک پس پر وہ ہیں، اگرچہ پہلے یہ خیال تھا کہ سلعات مزاجی امراض (سور مزاج کے ہر من) ہیں جو نسا دا خلطا اور خون فاسد سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور سلطان کے متعلق قدما کا خیال تھا کہ یہ تیز سوداوی مادہ سے پیدا ہوتا ہے۔

قدیم زمانہ میں ایک خیال یہ بھی تھا کہ سلعات کا سبب مہی ٹوارٹ ہے، لیکن اب تک اسکی تحقیق نہیں ہو سکی ہے، اور نہ مشاہدہ و استقراء سے اس طرف پوری طرح رہبری ہوتی ہے۔ اب تک جو کچھ معلوم ہو سکا ہے وہ یہ ہے کہ سلعات عموماً کسی آفت یا سبب مہیج سے پیدا ہوتے ہیں جو نوعی طبعی کا باعث ہو جاتا ہے، مثلاً مقامی خراش (ہیجان و لذت) سدوئی، جوت، دباؤ، اور بعض ادویہ کا دیرینہ لذت و ہیجان؛ چنانچہ پستان کے سلعہ غدلیہ کو چوٹ کی طعن منسوب کیا جاتا ہے، اور پھونکنی کے نتیجے سے گاہے ہونٹ میں سلعہ بشریہ پیدا ہو جاتا ہے۔ مسکان خطہ کشمیر سردیوں میں مٹی کا برتن، یا انگیٹھی چادروں کے نیچے رکھتے ہیں، جو پیٹ کے سامنے لٹکتی رہتی ہے، اور اس میں کوئلے سلگتے رہتے ہیں؛ اسکی گرمی سے دیوار شکم میں مزمن قسم کا چھان پیدا ہو جاتا ہے، جو کچھ عرصہ بعد سلعہ سرطانہ نشریہ

۱۵ اپنی جیلی ادا

۱۵ ایڑی نوا۔

۱۵ اسکوئی مس کا دسی نوا۔

میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ اسی طرح جو لوگ مختلف کارخانوں میں کام کرتے ہیں، اور انہیں مختلف قسم کے کیبا دی سکی مواد (مثلاً قطر آن وغیرہ) سے واسطہ پڑتا ہے، ان میں مختلف قسم کی رسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔

جغرافیائی حیثیت سے محض سرطان پر غور کیا گیا ہے، اور یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ مرض جنگلی، پست اور مرطوب مقامات میں زیادہ ہے۔ جہاں وشتاً و تفتاً سیلاب آیا کرتا ہو۔ نیز یہ بھی پتہ چلا ہے کہ بعض گھروں اور خانہ زادوں میں بلحاظ تناسب کے اس مرض کی کثرت ہے؛ جس سے لوگ خیال کرتے ہیں کہ یہ مرض مُعَدّی ہے؛ اگرچہ اس کثرت کے دوسرے اسباب معاونہ بھی ہو سکتے ہیں۔

عمر۔ تمام رسولیوں کے لئے کوئی خاص اسلوب مقرر نہیں ہے؛ بلکہ مختلف اقسام کے لحاظ سے اس بارہ میں اختلاف ہے۔ چنانچہ سلعات حمیدہ (سلیمہ) ہر عمر میں ہو سکتے ہیں؛ اگرچہ اس میں استثناء بھی ہے؛ مثلاً پستان کا سلعہ غدیہ اور رحم کا سلعہ لیفیئہ اسی زمانہ میں پیدا ہوتا ہے جبکہ ان کے افعال نہ در پر ہوں۔ اسی طرح بعض قسم کے سلعہ عظیمہ جو جوڑی بننے والے (متعظم) غضروف سے پیدا ہوتے ہیں وہ اسی بانٹ کی بڑھوتری کے زمانہ میں پیدا ہو سکتے ہیں۔

جنس۔ اور ام مہیدہ اور سلعہ کحیمہ میں جنس کا کوئی اثر نا بہت نہیں ہوا ہے؛ لیکن عورتیں سرطان میں مردوں سے زیادہ مبتلا ہوتی ہیں؛ کیونکہ یہ مرض زیادہ تر رحم اور پستان میں ہوا کرتا ہے۔ رہا منہ اور

سلہ نادر۔ قطر آن

سلہ قافی ہر دم

سلہ آسٹی ادا

سلہ سارکوما

بھراے غذا کے دیگر اجزاء کا سرطان، عورتوں سے زیادہ مردوں ہی میں ہوا کرتا ہے۔

تقسیم لمباجا بدنی علامات، سلعات کی دو بڑی قسمیں ہیں بیلیر و خیشہ +

(۱) **سلعات حمیدہ یا غیر خبیثہ** یعنی غیر مہلک رسولیاں، ان رسولیوں کی ساخت اسی حصہ جسم سے ہوتی ہے، جس میں یہ پائی جاتی ہیں،

یہ رسولیاں بالعموم ایک غلاف میں ملفوف ہوتی ہیں، یا جب یہ پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔ تو ان کے مواد بدنی ساختوں میں نافذ اور مترشح نہیں ہوتے +

غدد جاذبہ رعدو مائیکہ تک انکا عدوی نہیں پہنچتا +
ان رسولیوں کی ساخت نہ تو گنتی ہے (مستقرح ہوتی ہے) اور نہ کسی مادہ میں تبدیل ہوتی ہے۔ یہ رسولیاں مکمل عمل جراحی اور استعمال کے بعد دوبارہ پیدا نہیں ہوتیں +

یہ مدت تک یکساں حالت میں رکھ کر یا تو بالعموم چھوٹی چھوٹی ہو جاتی ہیں، اور یا مردہ ہو کر منعدم ہو جاتی ہیں، (بھیلتی نہیں ہیں) +

اس قسم کی رسولیاں کسی مزاج سے خاص تعلق نہیں رکھتیں، اور نہ یہ موروثی ہوتی ہیں، یہ تعداد میں اکثر ایک اور گاہے متعدد ہوتی ہیں۔ انکی ایک خصوصیت یہ ہے کہ ان میں درد نہیں ہوتا +

ان سے اگر زندگی معرض خطر میں ہوتی ہے، تو اسکی وجہ رداست مادہ نہیں ہوتی، بلکہ محض انکا آلی اثر (جسمانی عمل)، مثلاً جب غلہ درقیہ

میں سلسلہ غد یہ پیدا ہو جاتا ہے، تو یہ قصبہ ریہ پر دباؤ ڈال کر مملکت نتائج پیدا کر سکتا ہے۔

(۲) سلطات خبیثہ یعنی مہلک رسولیاں، ان کا آغاز محض ایک مرکز سے ہو کر تا ہے (یعنی یہ ابتداءً متعدد نہیں ہوتی ہیں) +
یہ رسولیاں بڑھتی ہیں اور دور کے اعضاء تک پھیل سکتی ہیں لیکن بعض مقامات پر ان کی ترقی کم ہوتی ہے،

بعض رسولیاں خاص درجہ پر پہنچ کر گلنا (مقترح ہونا) شروع ہو جاتی ہیں، ان سے متعفن پیپ اور ناکل بکثرت خارج ہوتے ہیں، ان کا عدوی متعلقہ غد داذبہ میں سرایت کر جاتا ہے، یہ رسولیاں مکمل طور پر منقطع کرنے کے بعد بھی دوبارہ پیدا ہو جاتی ہیں، اگر ان کو وقت پر خارج کیا جائے، تو مملکت ثابت ہو سکتی ہیں +

ان میں اکثر قلة الدم کی علامتیں پائی جاتی ہیں، اور بدن کمزور ہو جاتا ہے +

ان رسولیوں کی سراسر ساخت مختلف ہوتی ہے، جس میں یہ موجود ہوتی ہیں +

ان رسولیوں سے موت کیوں واقع ہوتی ہے؟ اس کا جواب عموماً یہ دیا جاتا ہے کہ موت کا باعث درد ہوتا ہے، اور ان بعض سیات رسین کا انجذاب، جو ان سلطات میں پیدا ہوتے ہیں۔ لیکن اگر سلسلہ واقعات کو بغور دیکھا جائے تو موت کی وجہ موقعہ اور محل کی نزاکت و اہمیت ہوتی ہے، جہاں یہ رسولیاں ابتداءً یا ثانوی طور پر پیدا ہوتی ہیں؛ مثلاً دماغ کی رسولی سے جو موت واقع ہوتی ہے، تو اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ

اس رسولی کا دباؤ غیر معمولی طور پر دماغ پر پڑتا ہے، خواہ یہ رسولی خبیث ہو، یا سلیم۔ اسی طرح مُنہ کے سرطان سے اگر موت واقع ہوتی ہے تو اسکی وجہ یا یہ ہوتی ہے کہ اس سے عفونی ذات المریہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یا یہ کہ اس سے غیر معمولی جریان خون ہوتا ہے۔ ملی ہذا مری کا سرطان اس وجہ سے مہلک ہوتا ہے کہ یہ فاقہ (عدم غذا) کا سبب بن جاتا ہے۔ یا یہ کہ اگر اس سے قصبہ ریہ چھد جائے، تو یہ عفونی ذات المریہ پیدا کر کے ہلاکت کا سبب ہوتا ہے۔ بواب کا سرطان فاقہ (عدم غذا) سے موت پیدا کرتا ہے۔ آنتوں کا سرطان السداد امعاء کا موجب بن جاتا ہے، اور موت التهاب باریطون (ورم صفاق) سے واقع ہوتی ہے۔ نیز بہت سے ایسے واقعات بھی ملتے ہیں جن میں موت احتشار کے امراض سے ہوتی ہے۔ لیکن اس کے علاوہ ہیں موت کے اسباب آلیہ (اسباب جسمانیہ) بھی ملتے ہیں؛ مثلاً اگر تقریباً سارا جگر نئی افزائشوں (تولدات جدیدہ) سے بھر جائے، تو یہ اپنی اہم خدمت (مواد غذائیہ کے تغیرات) انجام نہ دے سکیگا۔ اسی طرح اگر ثانوی طور پر کوئی عقدہ حرام مغز میں پیدا ہو جائے، یا اسپر دباؤ ڈالے، تو اسکو التهاب نخاعی مستعرض پیدا ہو جاتا ہے۔

اصطفاف سلعات (رسولیوں کی جماعت بندی) :-

اول وہ رسولیاں ہیں، جو کہ نیچے واصل سے بنتی ہیں، (نیچے واصل کی جماعت) اور یہ دو قسم کی ہیں، (۱) جو جنینی نیچے واصل پر مشتمل
 ۱۔ سب تک نہ نیا۔ ۲۔ حرام مغز کے التهاب کی ایک قسم ہے جس میں التهاب حرام مغز کے عرض میں ہوتا ہے، مذکور اسکے طول میں۔ ۳۔ ابرائے تک تک ٹوٹتو،

ہوتی ہیں، مثلاً سلعہ کھلیہ۔

(۲) جو مکمل نیچ واصل سے بنتی ہیں، مثلاً سلعہ منجاطیہ، شمبہ، یفہ، غضروفیہ، عظمیہ، عضلیہ، عصبیہ، وعائہ (عروقیہ)، رستیہ، ناسیہ (لفاویہ) *۔

دویم۔ وہ سلعات جو پورے طور پر یا زیادہ تر تشبرہ ظاہرہ سے بنتے ہیں۔

یہ رسولیاں گاہے حملات (بلندیوں) یا گلیٹیوں سے مشابہ ہوتی ہیں، یا گاہے بے قاعدہ طور پر نیچ واصل میں مترشح ہو جاتی ہیں اس وجہ سے یہ ذیل کی صورت میں منقسم ہو سکتی ہیں۔

(الف) وہ رسولیاں جو حملات سے مشابہ ہیں۔

کریات تشبرہ کے
سلعہ کھلیہ } کریات کعبہ (نردیہ) کے
کریات اسطوانیہ کے

(ب) وہ رسولیاں جو گلیٹیوں سے مشابہ ہیں۔

کریات کعبہ (نردیہ) کے
سلعہ نندیہ } کریات اسطوانیہ کے

سلعہ سارکوما۔

سلعہ بشرہ ظاہرہ (اپنی تسلیم) سے مراد جلد اور غشا رخا علی کا استرہ اور بشرہ باطنیہ (اپنی تسلیم) سے مراد غشا داخلیہ عروق جاذبہ کے چون جوڑ دیکر برکتا۔ ہر ایک کے دو سر ہند جوفون کی استرہ کرنا چاہی ہو

سلعہ اسکوس سلط

سلعہ پٹوما

سلعہ کاسر سلط

سلعہ کیو ہنڈال

کے اپنے نام

(ج) بے قاعدہ اور بے ڈھنگی رسولیاں :-

کریات قشریہ کے (سلعہ بشریہ)
 سلعہ سرطانہ } کریات مکعبہ (نردیہ) کے (سرطانیہ غدیہ)
 (سرطان) } کریات اسطوانیہ کے

سویم :- وہ رسولیاں جو بشرہ باطنہ (بطانہ) سے بنتی ہیں :-

سلعہ بطانیہ (بشریہ باطنہ)

سلعہ بطانیہ محیطہ

چہارم :- وہ رسولیاں جو

دوسرے جنین کے کسی حصے کے داخل ہو جانے اور

گھس جانیے بنتی ہیں :-

سلعہ منخو طیہ

جماعت اول - نیچ و اصل کے سلعات

(۱) وہ رسولیاں جو جنینی نیچ و اصل سے بنتی ہیں (سلعہ بحمیہ)

سلعہ بحمیہ

سلعہ بحمیہ ایک خبیث رسولی ہے جو نیچ و اصل کی ایک مخصوص

۱۵ اپنی قبلی اوما	۱۵ کارسی نوما
۱۶ اندو قبلیہ	۱۶ گنبد و لڑکا کارسی نوما
۱۷ پیری قبلی اوما	۱۷ اندو قبلی اوما
	۱۸ سلعہ منخو طیہ شیرا لڑکا
منوط دما ستر ناقص اخلافت جنین، یا فاسد اخلافت سولود، جبکہ اعضا صحیح شکل حرکت کے نبوی	
	۱۹ سارکوما

غیر مکمل رجینی، قسم پر مشتمل ہوتی ہے۔ نیچر واصل کی دوسری رسولیاں ساری کی ساری غیر خبیث ہوا کرتی ہیں۔

سلوہ کیمیا میں کریات (خلیات) پائے جاتے ہیں، جن کے مابین نیچر ٹین اخلیات کی ایک خفیف مقدار پائی جاتی ہے، سلوہ کیمیا کے خلیات اسکے مختلف گروہوں میں اختلاف رکھتے ہیں، چنانچہ گاہے یہ خلیات خون کے سفید دانوں کے مانند ہوتے ہیں، اور گاہے بڑے اور گول لگا ہے، بیضوی، فائوسی، مکمل نما، اور ڈیڈا ہوتے ہیں، اور مادہ لموہ (صباغ) سے بھرے ہوئے نظر آتے ہیں، گاہے ان کا مادہ مظرفنی یا استخرانی ہو جاتا ہے، ان میں عروق بکثرت ہوتے ہیں، اس قسم کی رسولی کی ساخت بہت جلد متفرج ہوتی ہے، ان سے جریان خون ہوتا ہے، ان کو کھرچنے سے دودھ یا رطوبت نکلتی ہے، ان میں سے بعض رسولیاں ابتداء غلاف میں ملفوف یا محروم ہوتی ہیں، اور بعض بغیر غلاف کے ہوتی ہیں، لیکن یہ ایک حقیقت ہے کہ آخر میں یہ متصل ساختوں میں پھیل جاتی ہیں، ان میں سے بعض رسولیوں کی رفتار (سرایت) اس قدر تیز ہوتی ہے، کہ ایک سال کے اندر موت واقع ہوتی ہے۔

ان رسولیوں میں خون ہمیشہ بہت کثرت سے پہنچتا ہے، حتیٰ کہ بعض اوقات یہ سلوہ نابضہ (ترڑپنے والی رسولی) بن جاتی ہیں، خون کی جو رگیں ان رسولیوں میں ہوتی ہیں، وہ خلیات کے درمیان کھلی ہوئی ہوتی ہیں۔ اسلئے ان فضاؤں میں جریان خون بکثرت ہوتا رہتا

ہے (نزلیف خلائی)، اسلئے وریدوں کے ذریعہ انکا دوسری ساختوں میں پھیل جانا آسان ہوتا ہے۔ اس سے ظاہر ہے کہ جو سلعات ثانوی طور پر پیدا ہوتے ہیں، وہ زیادہ تر پھیپڑوں میں ہوتے ہیں۔ ہاں اگر ابتدائی اور اصلی رسولی باب الکبد کے رقبہ میں ہو، تو یہ ثانوی سلعہ جگر میں ہوگا۔ بہر حال پھیپڑوں اور جگر کے ماؤن ہونے کے بعد دوسرے اعضاء بھی متاثر ہو سکتے ہیں، مثلاً ذیابیطہ اور گردہ (مائیہ) بھی ماؤن ہو جاتی ہیں۔ علی الخصوص یہ صورت سلعہ نچلیہ سوداویہ میں سلعہ کھمبہ مائیہ میں، اور روزہ، خصیہ اور غدہ درقیہ کے سلعہ کھمبہ میں زیادہ واقع ہوتی ہیں۔ گاہے ان میں ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں، مثلاً انکا مادہ مادہ بلغنیہ، یا شحمیہ یا دمویہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

سلعہ کھمبہ کو جب کاٹا جاتا ہے، تو یہ بظاہر ہم رنگ و متشابہ (ہم جنس) معلوم ہوتا ہے، لیکن خونی رگوں کی کثرت و قلت کے اعتبار سے اسکا رنگ مختلف ہوتا ہے۔ چنانچہ سلعہ کھمبہ لیفیہ میں اسکا رنگ بھورا سفید ہوتا ہے، اور سلعہ کھمبہ مخنیہ میں گہرا سرخ؛ اسی طرح ان دونوں کے درمیان کے مراتب پائے جاتے ہیں۔

سلعہ کھمبہ گاہے خلقی ہوتا ہے، اور گاہے دوسری عمروں میں پیدا ہو جاتا ہے۔

اقسام | سلعات کھمبہ کی قسمیں ان خلیات کے اعتبار سے بیان کی جاتی ہیں، جو ان میں پائے جاتے ہیں۔

سلعہ فائبر و سارکوما

سلعہ میلانامیک سارکوما

سلعہ مائی لانڈ سارکوما

دا گول کریات والے سلعات کھیمہ۔ یہ رسولیاں گول
نوات والے کریات (کریات مستدیرہ نو دیہ) کے ایک مجموعہ پر مشتمل
ہوتی ہیں، اور ان کریات کے درمیان مادہ بین الکریات بہت تھوڑا
ہوتا ہے +

اس قسم کی رسولیاں بہت تیزی سے ترقی کرتی ہیں، اور بہت
جلد سرایت کر کے پھیل جاتی ہیں۔
اسکی تین قسمیں ہیں :-

چھوٹے گول کریات والے سلعات کھیمہ، اس قسم کی رسولیاں
زیادہ عام ہیں اور زیادہ مہلک ہوتی ہیں۔

چڑھتے گول کریات والے سلعات کھیمہ، اس قسم کے
کریات (دانے) بڑے ہوتے ہیں، اور یہ خاندان ہوتی ہیں، اور یہ
مقدم اندکھنی بہ نسبت کم مہلک ہیں :

سلعات کھیمہ مائیمہ۔ جنکے کریات اگرچہ چھوٹے ہوتے ہیں،
لیکن اسکے مادہ بین الکریات کے اندر ایک قسم کی جاہد اربانت
(نسیج شبکی) پائی جاتی ہے۔ یہ غد مائیمہ یا نسیج غدی سے شروع ہوتی
ہیں، اور بہت جلد مہلک صورت اختیار کر لیتی ہیں :

بعض سلعات دماغ کی نسیج غدی کے مانند ہوتی ہیں، جو

دماغ میں پائی جاتی ہیں، ان کو شملہ غروہ (ہلامیہ) یا

۱۵۱ سال را و نڈ سلط سار کوما

۱۵۲ انفوسار کوما

۱۵۳ سال را و نڈ سلط سار کوما

۱۵۴ انرج را و نڈ سلط سار کوما

۱۵۵ گلانی اوما

سلعہ کھمبہ فرویدہ ہلامیہ کہتے ہیں۔

(۲) تکلمہ نما کریات والے سلعات کھمبہ، اس قسم کی رسولیوں کے کریات اگرچہ مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں، مگر ان کی شکل تکلمہ نما (مغزلی) ہوتی ہے۔ جب کریات (خلیات) کے درمیان نیچ لیٹی کی مقدار زیادہ ہوتی ہے، تو ان کو سلعات کھمبہ لیفیہ کہا جاتا ہے۔ بسا اوقات ان کے اندر نام تمام اور غیر مکمل شفاف گٹری کے ٹکڑے پائے جاتے ہیں۔

ان میں سے بعض رسولیاں چھوٹی کریات کی ہوتی ہیں، ان کو چھوٹے تکلمہ نما کریات والے سلعات کھمبہ کہتے ہیں۔ یہ سبز رنگ کی ہوتی ہیں، اور ان سے سبز رنگ کی رطوبت نکلتی ہے۔ یہ اکثر جدید لقائف اور اوتار پر پیدا ہوتی ہیں؛ اور بعض بڑے کریات کی ہوتی ہیں (بڑے تکلمہ نما کریات والے سلعات کھمبہ) اس قسم کی رسولیوں سے خوبی رطوبت خارج ہوتی ہے، اور یہ پٹیوں اور غشائے عظمیٰ پر اور گاہے پستانوں میں بھی پائی جاتی ہیں؛

(۳) سلعات کھمبہ سنجیہ (مجوفہ)، ان کے کریات، اگرچہ گول ہوتے ہیں، مگر یہ ممتاز وعائیوں کے ذریعہ باہم مرتب ہو کر نانے خانے (اسناخ) بناتے ہیں۔

سلعہ کھمبہ سوداویہ، اس کو بعض لوگ سلعات سرطانیہ کے

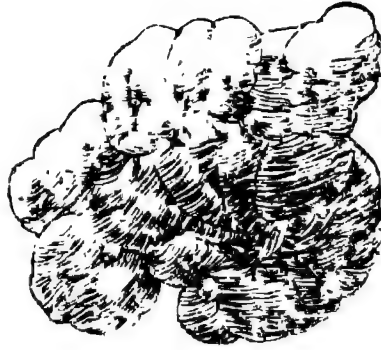
۱۵ اسپنڈل سیل سارکوما	۱۵ گلیائی یوسارکوما
۱۵ اسپنڈل سیل سارکوما	۱۵ فائبر سارکوما
۱۵ ایریزو سیل سارکوما	۱۵ لارج اسپنڈل سیل سارکوما
۱۵ اسٹروما	۱۵ ایوی اولر سارکوما

قبیلے سے شمار کرتے ہیں، یہ رسولیاں بہت خبیث ہوتی ہیں، اگرچہ بعض اوقات انکی غیر خبیث قسمیں بھی پائی جاتی ہیں۔ یہ ابتدائے رنگین ساختوں میں، مثلاً جلد اور طبقہ شبکیہ میں پیدا ہوتی ہیں۔ اس قسم کے سلعہ کے کریات گول یا مکملہ نما ہوتے ہیں، جو جوفوں (خانوں) کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں۔ اور ان کریات کے اندر بھروسے رنگ کا مادہ (سوڈا) ہوتا ہے۔ ابتدائے رسولی بنتی ہے تو اس کا رنگ ہلکا ہوتا ہے، اور اسکی شکل چپٹے طبقہ یا سلعہ حلیہ کے مانند ہوتی ہے لیکن ثانوی طور پر جو افزائشیں ہوتی ہیں، اس کا رنگ گہرا سیاہ ہوتا ہے۔ اس قسم کی رسولی کی ابتداء عموماً رنگین مسہ یا خال سے ہوا کرتی ہے۔ سلعہ بحیہ جب مختلف رسولیوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے، تو اس کو سلعہ بحیہ مرکبہ کہتے ہیں؛

سلعہ بحیہ کا علاج:۔ جس قدر جلد ہوسکے، سلعہ بحیہ کو بذریعہ عمل جراحی نکال لیاں۔ اور جس جگہ عمل جراحی ناممکن ہو، وہاں سرطان کے مانند علاج کریں۔

محلول کوئی (سیال کوئی) بمقدار نصف قطرہ، جسکو بتدریج آٹھ قطرات تک بڑھایا جائے، گا ہے اُن صورتوں میں موجب شفا ہو گیا ہے، جن میں عملیت جراحیہ سے کاٹ کر علیحدہ کرنا ناممکن تھا۔ محلول کوئی کریات عقدیہ صمدیہ اور کریات دقیقہ عیبیہ کی

۵۴ پے پی او ا	۵۳ سیلابین
۵۵ کوئز فلورڈ	۵۴ مکنڈ ساکروما
۵۶ ماکرو کوکس پری ٹی جیوسس	۵۵ سٹریپٹو کوکس پیوجے نیز



تصویر (۱)

سلیم شجیہ (چربی کی رسولی) جس میں اس کے مخصوص
قسم کے فصوں (بوتھڑے) دکھائے گئے ہیں :

مطر کی ہوئی کاشت ہے، یعنی ان جراثیم کو مخصوص زمینوں
(وَسَط) میں پیدا کر کے مطر (عقیم) کر لیا جاتا ہے۔

(۲) وہ رسولیاں جو مکمل ورنچیتہ پنچ واصل و بنتی ہیں
سلعات شحمیہ (شحمیات) یعنی شحمی رسولیاں، تمام سلعات
میں یہ سادہ ترین قسم ہیں۔ یہ رسولیاں شحمی مادہ سے بنتی ہیں، جو گاہ
یعنی بانٹ (ریشہ دار بانٹ) کے غلاف میں ملفوف ہو کر محدود مقامی
ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات پھیلی ہوئی ہوتی ہیں۔

شحمی رسولیاں جب محدود و مقامی ہوتی ہیں، تو نرم اور پلسلی
(نیم توجی) ہوتی ہیں، اور ان پر بیقاعدہ سی گریں (گٹھیں) یا لوتھڑے
نظر آتے ہیں۔ جو گاہے جلد کے ساتھ چسپاں اور گاہے اس سے الگ
رہتی ہیں، اگر کسی شحمی رسولی پر دباؤ پڑے، تو یہ آس پاس کی ساختوں
کے ساتھ چسپاں ہو جاتی ہے۔

یہ مختلف مقامات پر پائی جاتی ہیں، لیکن زیادہ تر انکا حدوث
جلد کے نیچے ہوتا ہے۔ اگرچہ یہ گاہے غشاء رانی کے نیچے، غشاء زلانی
یا غشاء مخاطی کے نیچے عضلات کے مابین، یا ان کے اندر، غشاء عظمیٰ
یا دماغ و حرام مغز کی جھلیوں کے ساتھ بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔ ان میں
درد بالکل نہیں ہوتا، یہ رسولیاں عموماً ایک اور گاہے متعدد ہوتی ہیں
اور یہ بہت آہستہ آہستہ بڑھتی ہیں، بعض اوقات یہ بہت بڑی ہو جاتی
ہیں، چنانچہ بعض رسولی ۳۵ سیروزن تک کی بھی نکالی گئی ہے۔

اس قسم کی رسولی میں بوجھ کے سوا اور کوئی تکلیف نہیں ہوتی،

یہ بالعموم متفرج نہیں ہوتیں، لیکن گاہے انتہا کی وجہ سے ان میں پیپ پڑ جاتی ہے، گاہے یہ اپنی جگہ سے اوپر یا نیچے کی طرف منتقل ہو جاتی ہے، اور یہ ہر عمر میں پیدا ہو سکتی ہے۔

تشخیص۔ محدود سلعہ شحمیہ کی تشخیص خراج مزمن اور سلعہ کیستہ (تھیلی دار رسولی) سے ابرہ استقصاء داخل کر کے کرتے ہیں، چنانچہ خراج مزمن سے پیپ اور تھیلی دار رسولی سے رطوبت نکلتی ہے، لیکن سلعہ شحمیہ سے خون برآمد ہوتا ہے، نیز سلعہ شحمیہ میں کنارے پر دبانے سے رسولی انگلیوں کے نیچے سے کھسکتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔

سلعہ شحمیہ سے اس طرح تشخیص کرتے ہیں، کہ سلعہ شحمیہ میں ہٹکی لینے سے جلد پر مطلق نشان نہ ہوگا، لیکن سلعہ شحمیہ میں خفیف سا ثقیب پیدا ہو جاتا ہے۔

سلعہ شحمیہ منتشرہ (پھیلی ہوئی چربی دار رسولی) چربی کی غیر طبعی افزائش ہے جو زیر جلد بافت میں پیدا ہو جاتی ہے، یہ مرض شرابیوں میں جو محنت کم کرتے ہیں، اکثر ہوتا ہے۔ یہ رسولی غلاف میں لفوف نہیں ہوتی ہے، اور اکثر اوقات یہ متعدد ہوتی ہے، جو باہم تقریباً ہمیشہ متناسب (ہم رنگ و ہم شکل) ہوتی ہیں۔ یہ زیادہ تر تھوڑی کے نیچے یا پشت گردن پر، اور شاذ و نادر عامہ (پیٹرو) پر پیدا ہوتی ہیں۔

لہ کر ایک ایسے سلعہ سسٹک ٹیومر

لہ اس بزرگ نیڈل، ایک قسم کی چپٹی اور نامیدار رسولی ہوتی ہے، جسے ایسے مقام پر چھو یا جاتا ہے، جہاں یہ اسید ہوتی ہے کہ کوئی رطوبت مثلاً پیپ، خون یا اذیت موجود نہ ہو تاکہ اسکا پورا پورا یقین ہو جا کہ یہاں کس قسم کی رطوبت ہو، لہ ڈی فیوڈر لپو



تصویر (۲)

سلسلہ شمیمہ منتشرہ (جہان کی پہلی ہونے والی)

سلو شحمیہ گا ہے چربی اور دوسری ساختوں سے مخلوط و مرکب ہوا کرتی ہے، یعنی اس کے اندر چربی کے ساتھ دوسری ساختیں ملی ہوئی ملتی ہیں۔ چنانچہ جس قسم کی چیزیں اسکے اندر پائی جاتی ہیں۔ اسی لحاظ سے انکے نام رکھے جاتے ہیں، مثلاً شحمیہ بیضیہ (جس میں چربی کے ساتھ بیضات یعنی ریشے پائے جاتے ہیں)، شحمیہ مخاطیہ (جس کے اندر چربی کے ساتھ بلغم یا مخاط پایا جاتا ہے)، شحمیہ عروقیہ یا وحمیہ (جس کے اندر چربی کے ساتھ پھیلی ہوئی رگیں، عموماً دریدیں ملتی ہیں)۔ یہ آخری صورت زیادہ تر بچوں میں ملتی ہے اور یہ خلقی طور پر زیرین اطراف میں پائی جاتی ہے۔ یہ اپنے بوجھ کی وجہ سے بدنی حرکت میں رکاوٹ پیدا کرتی ہے۔

علاج:- سلعات شحمیہ کا علاج استیصال (جڑ سے دور کر دینا) ہے، جو ایک آسان عملیت ہے۔ اس دستکاری میں احتیاط یہ رکھنی چاہئے کہ رسولی غلاف سمیت باہر آجائے، اور اسکے لوتھڑے یا اسکا کوئی حصہ اندر باقی نہ رہے، ورنہ یہ بڑھکر دوبارہ لوٹ آتی ہیں +

اگر سلو شحمیہ منتشر ہو تو اسکا علاج یہ ہے کہ شراب روک دی جائے اور جسمانی ورزش کا مشورہ دیا جائے۔ ورنہ بالآخر دستکاری کی جائے۔

شحمیت موملہ (درد انگیز چربی)، اس حالت کا نام ہے جبکہ کسی مقام پر چربی غیر معمولی طور پر اکٹھی ہو جاتی ہے، اور اس کے ساتھ

سہ فائبرولیپوما سہ ای زولیپوما سہ انجیولیپوما = نیو لیپوما

سہ ایڈیپوسس ڈورسسا

درود اور حساسیت (ذکاوت و نزاکت) موجود ہوتی ہے۔ برعکس اسکے
جربہ کی معمولی رسولیوں میں یہ دونوں باتیں نہیں ہوتی ہیں۔ یہ مرض
عموماً ادھیڑ عمر کی عورتوں میں لاحق ہوتا ہے، اور گاہے ایک ہی
خاندان کے مختلف اشخاص اس میں مبتلا پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی
بیماری کا علاج یہ ہے کہ غلہ درقہ کا خلاصہ استعمال کیا جائے۔

سلعہ لیفیہ (ریشہ دار رسولی)

یہ رسولی لزج یعنی (ریشہ دار بافت) پر مشتمل ہوتی ہے اس کی دو
قسمیں ہیں، سخت اور نرم۔ عموماً یہ رسولیاں سادہ ہوا کرتی ہیں، لیکن
بعض اوقات یہ سلعہ سخت لیفیہ بن کر خبیث ہو جاتی ہیں۔

سلعہ لیفیہ صلبہ (سلعہ رباطیہ) یعنی ریشہ دار سخت رسولی
جو عضلات کے لفافوں، اوتار کے غلافوں، اور ہڈی کی جھلیوں کے
ساتھ پیدا ہوتی ہیں۔ یہ زیادہ تر سوڑھے میں، تجوین انفی طلقی میں،
اور اعصاب کے غلافوں پر پائی جاتی ہیں۔

ماہیت: ان رسولیوں کے الیاف کبھی متوازی رفتار پر
چلتے ہیں، گاہے حلقہ دار اور دائرہ دار اور گاہے ایک دوسرے سے
پیچیدہ طور پر ملتے ہیں، ان میں سے بعض رسولیاں عروقی ہوتی ہیں
اور بعض میں عروق کم ہوتی ہیں۔ اس قسم کی رسولیاں سخت ہوتی ہیں
جو بعض اوقات بیضوی شکل کی اور بعض اوقات چند حصوں میں منقسم

۱۵۰ نمائی رازکس ٹریٹ

۱۵۱ نمائی بروما

۱۵۲ نمائی بروما ساکروما

۱۵۳ ہارڈ نمائی بروما

۱۵۴ ڈسٹنڈ ٹیو مر

ہوتی ہیں، یہ رسولی تعداد میں اکثر ایک ہوتی ہے، اور ان کی بالیدگی سست ہوتی ہے، اور اگر یہ ایک سے زیادہ ہوں تو ایک ہی عضو میں ہوتی ہیں، بعض صورتوں میں یہ متفرج ہو کر پیپ کے ہمراہ زخم کے راستے سے خارج ہو جاتی ہیں۔

علاج :- رسولی کو نکال ڈالیں، کیونکہ یہ نہیں معلوم کہ یہ کب سلعہ کیمہ بن جائیگا۔ بعض اوقات رسولی کے ساتھ وہ عضو بھی نکال دیا جاتا ہے، جس میں رسولی واقع ہوتی ہے، بشرطیکہ وہ عضو نکالنے کے قابل بھی ہو۔

سلعہ لیفیہ کینہ (رِخْوۃ)

اس قسم کی رسولی نرم اور چکدار ہوتی ہے، یہ رسولی عینقی ہوتی ہے، اور یہ زیادہ تر جلد اور غشاء مخاطی کے نیچے کی ساخت (سج لیفی خلوی) میں بنتی ہیں۔ یہ مختلف شکلوں میں ملتی ہے۔ گاہے یہ سطح پر چھوٹی چھوٹی گانٹھوں کی شکل میں پھیلی ہوئی ہوتی ہے جس سے جلد چنٹ دار (مجدع) ہو جاتی ہے۔ اور گاہے جلد بدن کے بہت بڑے رقبہ کو گھیر لیتی ہے۔ اور ڈھیلی چنٹیں بن جاتی ہیں۔

سلعہ غضروفیہ

سلعہ غضروفیہ (غضروفی رسولی) غضروف زجاجی (شفاف) پر مشتمل ہوتی ہے +

اسے سافٹ فائبرو میٹا۔ سلعہ یعنی بذریعہ پتلی بڑے اصل عضو سے لگی ہوتی ہے +

سلعہ کارٹی لی جی جس ٹیومر

اسکی تین قسمیں ہیں۔ (۱) سلعہ غصرونیہ (حقیقیہ) جسکا یہی مطلق نام ہے۔ (۲) ردائد غصرونیہ (۳) جوڑوں کی ڈھیلی کرایا وغضارہ مستریدہ۔

(۱) سلعہ غصرونیہ کے گردیفنی ساخت کا غلات ہوتا ہے۔ اسکی ترقی بہ آہستگی ہوتی ہے۔ اور یہ بے خطر (سلیم) ہوا کرتی ہے۔ لیکن گاہے یہ سلعہ بحمہ غصرونیہ میں تبدیل ہو جایا کرتی ہے۔ غصرونی رسولی سخت ہوا کرتی ہے۔ اور عموماً متعدد پائی جاتی ہے۔ اکثر یہ بسی پڑیوں کے ساتھ ان کے غضارہ لیف کر دوسرے کے قریب پیدا ہوا کرتی ہے۔ ان رسولیوں کے کسی کو تھڑے ہوا کرتے ہیں۔ اور یہ زیادہ تر بچوں اور نوعمروں میں نظر آیا کرتی ہیں۔ یہ رسولی بسی پڑیوں میں اکثر ان کی سطح پر ہوا کرتی ہے۔ گاہے یہ ہڈی کے اندر بھی ہوا کرتی ہے۔ علی الخصوص ہاتھ کی چھوٹی پڑیوں میں۔ جب یہ رسولی ہڈی کے اندر ہوتی ہے، تو ہڈی پھیل جایا کرتی ہے۔ یہ گاہے لطیفی مواد میں تبدیل ہو جایا کرتی ہے۔ بعض اوقات ہڈی کے ٹکڑے اس قسم کی رسولی کے اندر پائے جاتے ہیں۔

گاہے یہ غد میں پیدا ہوتی ہے، مثلاً پستان، خصیہ، غدہ اصل الاذن (غدہ کف)، وغیرہ گاہے پیچھے پڑوں میں پائی جاتی ہے۔

۱۵ ای کانڈروسس

۱۵ کانڈرودا

۱۵ لوز کارڈی لیجز ۱۵ اپی فیزیل کارڈیلیجز۔ وہ کرایا جلیبی ٹڈیکو سرڈاس ہوتی ہیں

۱۵ ہر ائڈ گلینڈ

۱۵ میو کانڈ سبس ٹنس



تصویر (۲)

سلعات غضروفیہ متعدده
(انگیوں کے)

(۲) زوائد غضروفیہ، غضروف کی غیر طبعی زیادتیاں ہیں جیسا کہ التھاب مفصلی عظمیٰ میں گاہے دیکھی جاتی ہیں۔

(۳) غضنارین مستر سلسلہ رڈ میلی کرباں، گاہے وہی زوائد غضروفیہ جوڑوں کے اندر پیدا ہو کر آزاد رہتے ہیں۔ یا جوڑ کی اصلی کمری ٹوٹ کر اور بڑھ کر مستقل صورت اختیار کر لیتی ہے۔

علاج۔ جلد میں شگان دیکر اور رسولی کے غلات کو چیر کر غضروفی رسولی کو آسانی نکال ڈالیں، گاہے اُس حصے ہی کو کاٹ ڈالنے سے عمل تبرہ کی ضرورت پیش آتی ہے، جس میں رسولی واقع ہے، ایسا اُس وقت کرنا پڑتا ہے، جبکہ آس پاس کی اہم ساختوں میں اس سے شدید آفت پہنچنے لگتی ہے۔

یہ رسولی نکال لینے کے بعد بالعموم دوبارہ پیدا نہیں ہوتی۔

سلسلہ عظمیہ (استخوانی رسولی)

یہ استخوانی بافت پر شتمل ہوتی ہے یہ جب تک بڑھتی رہتی ہے اس وقت تک اسپر غضروف زجاجی (غضروف شفاف) کی ایک ٹوپی ہوتی ہے، جس سے یہ نمونہ پاتی رہتی ہے۔ جب یہ ٹوپی استخوانی مادہ میں تبدیل ہو جاتی ہے تو اسکا نمونہ بھی بند ہو جاتا ہے۔

سلسلہ عظمیہ کی دو قسمیں ہیں۔ ۱۔ شبکیہ (جالیدار) جس کو اسفنجیہ بھی کہتے ہیں اور صلبہ (سخت) جس کو عاجیہ بھی کہتے ہیں۔

سلسلہ عظمیہ شبکیہ (اسفنجیہ) اس میں جو استخوانی بافت

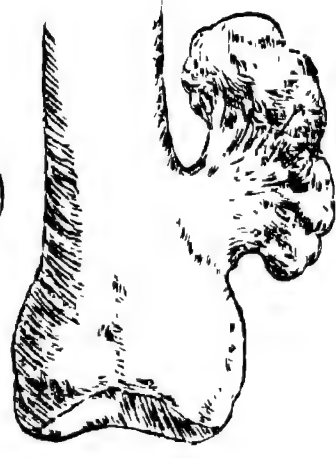
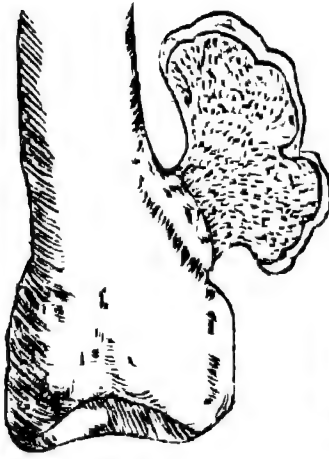
پائی جاتی ہے وہ اسٹنچی یعنی خانہ دار ہوتی ہے، یہ غضروفن کر دوسی ڈبی
 ہڈیوں کے سرے کی کری کے ٹکڑوں سے بنتی ہے اسی وجہ سے یہ لمبی
 ہڈیوں، اور علی الخصوص زندا علی اور ران کی ہڈی کے سروں کے پاس
 پائی جاتی ہے۔ گاہے یہ عینقی (ذوقائے) ہوتی ہے اور گاہے لازق
 ردیم الذنب۔ بے دم۔

عینقی یا ذوقائے ہونے سے مراد یہ ہے کہ یہ رسولی پتلی سی جڑ
 یا گردن کے ذریعہ وابستہ ہوتی ہے، اور لازق یا بے دم
 ہونے سے مراد یہ ہے کہ اس رسولی اور ہڈی کے درمیان
 پتلی سی جڑ یا تنگ گردن نہیں ہوتی ہے، بلکہ یہ رسولی اصلی
 ہڈی کے ساتھ چسپاں رہتی ہے۔

عموماً اس رسولی کی افزائش اس وقت بند ہو جاتی ہے جبکہ غضروفن
 کر دوسی ہڈی میں تبدیل ہو جاتی ہے، اسلئے کہ اس وقت کری کی ٹوپی بھی
 اودہ عظمیہ میں منقلب ہو جاتی ہے۔ عظمی رسولیاں سخت ہوا کرتی ہیں
 اور جب تک یہ کسی عصب پر دباؤ نہیں ڈالتیں، ان میں کوئی درد بھی
 نہیں ہوتا۔ یہ گاہے متعدد ہوتی ہیں اور دباؤ اور گرگڑ کے عصب سے
 گاہے ان پر کیس زلالی (لمغی تھیلی) بن جایا کرتی ہے۔
 زیادات عظمیہ کی دو قسمیں ہیں (۱) اوتار اپنے اتصال کے
 پاس ہڈی میں تبدیل ہو جائیں۔

(۲) زیادات عظمیہ تحت النظر (ناخن کے نیچے ہڈی کا بڑھ جانا)
 یہ پاؤں کے انگوٹھے کے اخیر پور میں ناخن کے نیچے نہایت دردناک صورت

لے آگزا اس دوس



تصویر (۵)

سلعہ عظمیہ صلبہ، جسکو کاٹ کر دکھلایا
گیا ہے، تاکہ یہ معلوم ہو سکے کہ اس میں
غضروفی ساخت کہاں تک گئی ہوئی

ہے +

تصویر (۴)

سلعہ عظمیہ صلبہ (ہڈی کی سخت رسولی)
ران کی ہڈی کے زیرین سرے میں +



تصویر (۶)

زیادت عظمیہ تحت الظفر (ناخن کے

نیچے ہڈی کا بڑھ جانا) +

میں ہوا کرتی ہے۔

علاج: رسولی کو کھول کر کاٹ ڈالیں، اور اس میں احتیاط کریں کہ کوئی غصہ دنی حصہ باقی نہ رہے ورنہ عادیہ مرض کا اندیشہ ہے۔ اسی طرح جو رسولی ناخن کے نیچے ہوتی ہے، اس میں ناخن کو نکالنا پڑتا ہے۔ اسکے بعد دوسری ساختوں کو چیر کر رسولی کو بڑی تک کاٹ لیا جاتا ہے۔

سلعہ عظیمہ (عاجیہ) بہت ہی گھنی اور ٹھوس استخوانی بابت پر مشتمل ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے اسکو ہاتھی کے دانت (عاج) کی طرح منسوب کیا گیا ہے۔ یہ بسا اوقات چشم خانہ، فضا، جہی، صماخ ظا ہر کان کا بیرونی سوراخ، نراندہ علیہ اور زیرین جبرے کے گوشے پر پائی جاتی ہے۔ یہ رسولیاں اپنے نازک مقامات کی وجہ سے دوسرے اعضا پر دباؤ ڈاکر شدید سلا متیں پیدا کر سکتی ہیں۔

علاج: جہاں موقع اور مقام کے لحاظ سے ممکن ہو رسولی کو کاٹ کر الگ کریں۔

سلعہ سننیہ (دانت کی رسولی) وہ رسولی ہے جو سنی یعنی دانتوں کی بابت پر مشتمل ہوتی ہے اور جرثومہ سننیہ (دانت کے تخم) یا بڑھتے ہوئے دانت کی کسی غیر طبعی حالت سے پیدا ہوتی ہے۔ سلعات سننیہ کی اجم اقسام یہ ہیں +

(۱) **سلعہ سننیہ بشریہ**، اسے چلے جبرے کا "مرض یفنی کیسٹمی" کہا جاتا تھا۔ اس مرض میں ٹوک اسفل موٹا مبتلا ہوتا ہے۔ یہ رسولی ایسی

۱۰ اپنی تھلیل اوڈنٹوما

۱۱ اوڈنٹوما

۱۲ نابہرہ شک ڈیزیز آف دی جا +

خلاؤں پر مشتمل ہوتی ہے، جنکے اندر بشرہ کا استر ہوتا ہے، اور بیڈول زردی کی صورت میں دانتوں کے بیٹا سے بڑھتی ہے، یہ زیادہ تر نوجوانوں کو ہوتا ہے، اور اس کا حجم گاہے بہت بڑا ہو جاتا ہے۔

(۲) **سلعات** **سینہ جرابیہ**، اسکو اکثر اوقات اکیاس سینہ بھی کہا جاتا ہے، یہ اس طرح پیدا ہوتے ہیں کہ کسی بد وضع اور بے محل دانت کے گرد، یا کسی بد ہیئت دانت کے گرد جو اسنان دائمہ کے قبیلے سے ہوں ایک تجرین بنتی ہے، نیز یہ دانت چونکہ افقی طور پر ہوتا ہے، اسلئے اسکا باہر آنا اور نمودار ہونا محال ہو جاتا ہے۔

(۳) **سلعہ سینہ لیفیہ** کے بننے کی صورت یہ ہے کہ کسی دانت کی قبیلے کے گرد جو نیچے اصل (نیچ لیفی) ہوتی ہے، وہ کثیف اور سخت ہو جاتی ہے۔ یہ زیادہ تر حیوانات سفلی (ادنی درجہ کے جانوروں) میں بکھا جاتا ہے، لیکن یہ بھی کہا جاتا ہے کہ یہ ان بچوں میں بھی ہوتا ہے، جو مرض کساح میں مبتلا ہوں۔

(۴) **سلعہ سینہ جذریہ**، اس رسولی کو کہا جاتا ہے، جاس ملاط پر مشتمل ہوتی ہے، جو دانت کی جڑ (جذر) کے پاس پیدا ہو جاتا ہے، اس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے، اور گاہے اس سے متصلہ ہڈی میں

۱۵ ائیل آن ٹیٹھ ۱۶ فالی کیور اوڈنٹو

۱۷ ڈنٹی فیرس سسٹ ۱۸ فائبرس اوڈنٹو

۱۹ کیٹس ۲۰ ریڈی کیور اوڈنٹو

۲۱ سینٹ۔ وہ غلطی ساخت کا طبقہ ہے جو دانت کی جڑ پر محیط ہوتا ہے۔ یہ معمولی غلطی ساخت سے اس میں مختلف ہوتا ہے کہ اس کے اندر خاص قسم کے ریشے بکثرت ہوتے ہیں

عقونی التاب رونا ہو جاتا ہے۔

(۵) **سلعہ سفنیہ مرکبہ**، جن مختلف ساختوں سے دانست کی ترکیب حاصل ہوتی ہے، وہ سب اس کے بنانے میں شریک ہوتی ہیں یہ رسولی جڑے کے قریب پیدا ہوتی ہے۔ گاہے اسکا حجم بہت بڑا ہو جاتا ہے۔ بعض سلعات عقلیہ جو ناک اعلیٰ کے تجوین بھینچی کے اندر پیدا ہوتے ہیں، غالباً وہ اسی جنس سے ہوتے ہیں۔

سلعہ فحاطیہ (بلغیہ) وہ رسولی ہے جو نیچے واصل کے خلیات پر مشتمل ہوتی ہے، یہ خلیات بلغی شکل کے مادہ خلائی (مادہ بین الخلیات) کی ایک بڑی مقدار کے ذریعہ لگ رہتے ہیں، جس سے یہ کمزری کے مانند نظر آتے ہیں۔ یہ رسولیاں چہرہ، مثلاً، اما، اعصاب، اور حرام مغز میں پائی جاتی ہیں۔ بلغی رسولیاں بسا اوقات سلعہ بحیہ کے ساتھ ہوا کرتی ہیں۔

سلعہ عصبیہ (عصبی رسولی) وہ رسولی ہے جو اعصاب کے غلاف کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ سلعہ عصبیہ حقیقیہ، جس میں عصبی فٹا پائی جائے، بہت ہی نادر الوقوع ہے۔

سلعہ عصبیہ کی مندرجہ ذیل چار قسمیں ہیں۔

(۱) **سلعہ عصبیہ کا ذبہ منفردہ** کی دو قسمیں ہیں (۱) سلعہ لیفیہ یا حمیدہ (۲) سلعہ بحیہ بلغیہ یا خبیثہ۔ یہ رسولی یا جلد کے نیچے

۱۰ کمپوزٹ اوڈنٹوما	۱۱ بونی ٹیومرز
۱۲ انٹرم باکور	۱۳ امائی زوا
۱۴ نیوروما	۱۵ رسولی ٹری سیوڈونیروما

عصب کی کسی باریک شاخ کے ساتھ یا کسی بڑے عصب کے ساتھ متعلق اور وابستہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی رسولیوں سے یا عصبی درد پیدا ہوتا ہے جبکہ یہ حتیٰ عصب کے ساتھ متعلق ہوتی ہیں، یا استرخار (فانج)، جبکہ یہ یہ عصب حرکت کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔ اگر استرخار تام یا پوری بے حسی پیدا ہو جاتی ہے تو یہ عموماً اس کی خباثت کی دلیل ہوا کرتی ہے۔ علاج اگر ممکن ہو، رسولی کو نکال ڈالیں، مگر عصب کو نہ کاٹیں۔

عصبی ریشہ نہ کٹتے پائیں، بلکہ شگاف عصبی غلاف کے طول میں دیا جائے اور اگر یہ ناممکن ہو، تو عصب کو کاٹ دیا جائے، پھر اس کے سروں کو ملا کر سی دیا جائے)۔

(۲) لیفیٹ عصبیہ :- وہ متعدد سلعات یا زوائد ہیں جو جمعیلی اعصاب کے کسی جز کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔ یہ گاہے متالم (دردناک) ہوتی ہیں۔ اور گاہے بے الم یعنی ہڈی یا گہے لیفی ریشہ دار ہوتی ہیں اور گاہے گہی۔

اسکا علاج کرنا بے سود ہے۔

بعض لوگوں کا خیال ہے کہ جلد کے اور ام یخوہ یغیہ (زرم ریشہ دار جلدی رسولیاں) کچھ اسی مرض سے تعلق رکھتے ہیں۔

(۳) سلمہ عصبیہ شبکیہ (ضعفیہ) (دجال کے شکل کی عصبی رسولی) وہ یعنی زیادتی ہے جو کسی ایک خاص عصب کے ساتھ، یا اعصاب

سلمہ نیوروائیبرونے ٹوسس

سلمہ سوس کم فائبر دسم۔ وہ مرض ہے جس میں جلد کے اندر متعدد لیفی زوائد پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور جو اکثر اوقات شکلی رہتی ہیں۔

کے کسی خاص جال کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔ اس مرض میں جلد کے نیچے متورم دھبہ (ہوئی)، پیچیدہ، نرم، متحرک ڈوریاں محسوس ہوتی ہیں (بشرطیکہ مرض سطح جلد سے قریب ہو)۔ یہ زیادتی دراصل بلغمی یعنی ہوتی ہے (یعنی لیفات کے ساتھ بلغمی، مادہ بھی شریک ہوتا ہے۔ یہ مرض تقریباً جلد ہی کے نیچے ہوتا ہے۔ لیکن گاہے عضلات کے درمیان اور ان کے جوہر میں بھی ہوتا ہے۔

علاج :- اگر مرض محدود ہو تو استیصال (رسولی کا نکال لینا) ممکن ہے۔ جو علی العموم بد صورتی کو دور کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ گاہے یہ مرض بڑھکر دار الفیل کی سی صورت اختیار کر لیتا ہے۔

(۴) **سَلْعَةُ عَصَبِيَّةٍ ضَرْبِیَّةٍ** وہ زیادتی یا درم ہے جو کسی عصب کے سرے میں اسکے کٹ جانے کے بعد پیدا ہوتا ہے۔۔۔ یہ نیچے بُدبلی پر مشتمل ہوتا ہے، جکے اندر نئے بنے ہوئے اور بل کھائے ہوئے اعصاب کے محور اسطوانی ہوتے ہیں۔ جب یہ ہڈی یا ذہب سے ملتصق ہوتا ہے۔ تو سخت درد کا سبب بنتا ہے۔

سَلْعَةُ غَرْوِيَّةٍ (سریش کے مانند) عنکبوت عصبی نامی سخت کی محدود مقامی انفرکشن ہے، جو طبقہ شکیبہ، دماغ اور حرام مغز میں نمایاں ہوتی ہے۔ یہ مرض محض محل وقوع کی وجہ سے، اور ان مقامات کی نزاکت کی وجہ سے خوفناک ہوتا ہے۔

سَلْعَةُ عَرَوَقِيَّةٍ (وعائیم) وہ رسولی ہے جو غیر طبعی عروق

۱۴ اسکارٹینو

۱۵ نیورولگیا

۱۶ ٹراؤس ملک نیوروما

۱۷ سلعہ غرویہ۔ گلیوما

۱۸ انجیوما

دوسرے پر مشتمل ہو۔ یعنی نئی رگیں غیر طبعی طور پر پیدا ہو گئی ہوں۔ سلعات عروقہ (عروقہ رسولی) میں صرف وہ رسولیاں شامل ہیں، جو عروق کی غیر طبعی افزائش سے پیدا ہوتی ہیں، لہذا انورسا اور دوالی جو عروق کے پھیلنے سے پیدا ہوتے ہیں، اس میں شامل نہیں ہیں۔

سلعات عروقہ کی تین قسمیں ہیں، وحملہ ساذجہ۔ وحملہ کفیفہ۔ سلعات عروقہ مشبکیہ۔

(۳) وحملہ ساذجہ، وہ رسولی ہے جو بھولی ہوئی عروق شعریہ کے ایک مجموعہ پر مشتمل ہوتی ہے، جو بیج واصل کے ذریعہ باہم وابستہ رہتی ہیں۔ یہ عموماً خلقی (پیدائشی) ہوتی ہے، اور گاہے اوائل عمر کے چند ماہ تک اسکا حجم بڑھتا رہتا ہے۔ یہ گاہے جلدی ہوتی ہے۔ اور گاہے تحت الجلد۔ علی ہذا اسکا رنگ گاہے شوخ سُرخ (احمر ناصع) اور گاہے سیاہی مائل (احمر اقتم)، بعض اوقات یہ متفرق زخمی ہو جاتی ہے۔ اور بعض اوقات اس سے جریان خون (نزف) شروع ہو جاتا ہے۔

علاج۔ اگر ممکن ہو تو رسولی کو نکال ڈالیں۔ ورنہ کئے (داغ) خمین جمع آمیز نانی (کاربن ڈائی آکسائیڈ) کی برف، یا تشریط (پچھنے لگانا) یا تحلیل برقی استعمال کریں۔

وحملہ کفیفہ (سلعہ انتصابیہ) وہ رسولی ہے جس میں شرابوں اور وریدوں کے مابین عروق شعریہ کی بجائے کشادہ فضائیں ہوتی ہیں، اس وجہ سے اسکی ساخت نیچے انتصابی کے مانند ہوتی ہے۔

۱۵ اسکیری فی کیشن

۱۶ کیو رنس نیوس

۱۷ ایرکٹائل ٹشو

۱۸ سبیل نیوس

۱۹ اکلٹرو لائی سس

۲۰ ایرکٹائل ٹیومر

اور اسی وجہ سے اسکا دوسرا نام "سلعہ انتصابیہ" رکھا جاتا ہے۔ یہ
 گاہے جلدی ہوتی ہے۔ اور گاہے تحت الجلد۔ اسی طرح گاہے منتشر
 (پھیلی ہوئی) اور گاہے محدود ہوتی ہے۔ اس پر جب دباؤ ڈالا جاتا ہے
 تو یہ خالی ہو جاتی ہے۔ اور اسکا خون متصلہ رگوں میں دوڑ جاتا ہے۔
سلعہ عروقہ شبکیہ، اسکو "انورسا تو اصلیہ" اور "انورسا
 دوالیہ" (انورسا متلففہ) بھی کہا جاتا ہے۔ اس میں غیر طبیعی رگوں کی ایک
 اچھی تعداد ہوتی ہے، جن کے حجم کافی بڑے ہوتے ہیں۔ یہ گاہے متصلہ
 ہڈی کو جذب کر لیتی ہے۔ اور گاہے جلد کو زخمی کر دیتی ہے۔ گاہے
 اس سے اتنا جریان خون ہوتا ہے کہ موت واقع ہو جاتی ہے۔ اس کا
 عمومی محل وقوع فروۃ الاراس (سر کی جلد) ہے۔

سلعہ عروقہ مائیہ (سلعہ عروقہ جاذبہ) وہ رسولی ہے
 جسکے اندر پھیلی ہوئی عروق جاذبہ (عروق مائیہ) یا اسکی فضائیں (افنیفہ
 مائیہ) پائی جاتی ہیں۔ اسکی قسمیں حسب ذیل ہیں:
 (۱) وحمۃ مائیہ، جلد اور زبان پر واقع ہوتی ہے۔
 (۲) عروقہ مائیہ کفییہ، اور (۳) کیش مالی عمرؤا گردن، نبل،
 یا دیوار سینہ پر واقع ہوا کرتے ہیں۔ اور یہ عموماً خلقی (پیدائشی)
 ہوتے ہیں۔

۱۔ لفعین جیوما	۱۔ پکسی فارم انجیوما
۲۔ لفعۃ ٹک اسپے ستر	۲۔ لفعۃ ٹک دسلز
۳۔ کیرلس انجیوما	۳۔ لفعۃ ٹک نیروس
	۴۔ لفعۃ ٹک سسٹ

سلعہ عضلیہ دہ رسولی ہے جو غیر مخطط عضلی ایات پر مشتمل ہوتی ہے، اور عموماً رحم اور غدہ مذی میں، اور شاذ و نادر دوسرے مقامات مثلاً مجرای غذائی اور خصیتہ الرحم میں پائی جاتی ہے۔ گاہے اس میں ثانوی تغیرات، مثلاً لیٹن مخاطی اور مکلس و تقرح وغیرہ پیدا ہو جاتے ہیں۔ گاہے یہ رسولی خبیث ہو جاتی ہے۔

گاہے سلعہ عضلیہ ایات مخططہ پر بھی مشتمل ہوتا ہے۔ لیکن یہ قسم نادر الوجود ہے۔

سلعہ مخنیفہ (سلعہ خیمہ) گول یا مکملہ مناظیات پر مشتمل ہوتا ہے جسکے اندر متعدد نوات والے بڑے خلیات بھی کچھ۔۔۔ ہوئے ہوتے ہیں ان خلیات کے درمیان کا مادہ (مادہ خلائیہ) ہلکا می ہوتا ہے۔ ان خلیات عظیمہ کے نوات محض ان کے محیط ہی میں نہیں ہوتے، جیسا کہ آذر الخ کے خلیات میں ہوتا ہے، بلکہ یہ پورے خلیہ میں پھیلے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس رسولی کا رنگ سرخ بیگنی ہوتا ہے۔ اس میں رگیں بکثرت ہوتی ہیں۔ یہ گاہے تڑپتی ہے۔ اس رسولی میں اس امر کی استعداد ہوتی ہے کہ کیس میں تبدیل ہونے کے بعد اس میں فساد نرخی واقع ہو جائے۔ یہ ٹی کے گودے (خج) سے شروع ہوتی ہے۔ اسکو بمقابلہ سلعات خبیثہ کے سلعات ساذجہ میں شمار کرنا زیادہ قرین قیاس ہے اس وجہ سے کہ مقامی علیات اسکے لئے موثر اور شفا بخش

۳۵ سیو کاٹھ سا فنگ	۳۴ لہ مائی اودا
۳۵ لہ مائی ایو (خج) ٹی کا گودا	۳۴ کیسی فی کیشن
	۳۵ ٹیو بر کلز

ثابت ہوتے ہیں، اور یہ کہ دوسرے اعضاء کی طرف یہ منتقل نہیں ہوتی۔

جماعت دوم بشرہ ظاہرہ کے سلعات

ان سلعات کی دو قسمیں ہیں :- حمیدہ (غیر خبیث) اور خبیث۔

بشرہ ظاہرہ کے سلعات حمیدہ (غیر خبیث) دو ہیں :- سلمہ حلیہ اور

سلمہ غدنیہ۔ اور سلعات خبیثہ سلعات سرطانیہ ہیں۔

سلمہ حلیہ :- نیچ یعنی کے ایک محور پر مشتمل ہوتا ہے، جسکے اندر عروق

دمویہ ہوتی ہیں، اور اسکے اوپر بشرہ (بشرہ ظاہرہ) محیط ہوتا ہے، اور

یہ بشرہ کی سطح سے ابھرا ہوا رہتا ہے۔ یہ گاہے سادہ ہوتا ہے۔ اور گاہے

اس پر ثنائی زوائد (شائیں) نکل آتے ہیں۔ سلمہ کی یہ قسم محض جلد کے

بیرونی حصے میں ہوتی ہے۔ زیر جلد اور مخاطی ساختوں کی طرف نہیں

بڑھتی۔ یہی فرق اس میں اور سلمہ بشریہ میں ہے۔ نیز سلمہ بشریہ سے

یہ اس امر میں بھی اختلاف رکھتی ہے کہ اس کا قاعدہ (جڑ) دوسری ساختوں

سے آزاد ہوتا ہے۔ ہاں اگر اس میں خراش پہنچتی رہے تو ممکن ہے کہ یہ

خبیث قسم کی رسولی میں تبدیل ہو جائے، اور دوسری ساختوں کو مبتلا کرے

آفت کر دے۔ جب یہ جلد پر پیدا ہوتی ہے، تو ثنائی (مسامیر) سے

ادرگٹھ بن جاتے ہیں؛ اور جب غشاء مخاطی پر پیدا ہوتی ہے، تو سلمہ

حلیہ خلیہ کہلاتی ہے۔ جیسا کہ مشانہ، (معاری، اور مستقیم میں اور بعض اوقات

۱۵ پبلی اوما

۱۵ ابی غلی ام

۱۶ ابی غلی اوما

۱۶ ایڈ نیوا

۱۷ وٹس پبلی اوما

۱۷ وارٹس اینڈ کارنر

پستان کے مجاری لبن میں بن جاتی ہیں۔

سلسلہ غدیہ وہ غیر خبیث رسولی ہے جو غدو مغرزہ درطوبت پیدا کرنے والی گلیوں میں پیدا ہوتی ہے، اور جسکی ساخت انہی گلیوں کی ساخت کے مانند ہوتی ہے۔ لیکن ان رسولیوں میں ان گلیوں کی رطوبات نہیں بنتی ہیں، اور نہ ان میں نابیاں ہوتی ہیں؛ یہ ایک غلاف میں ملفون ہوتی ہیں، اور بشرہ ظاہرہ کبھی غشاء اٹھاسی سے آگے نچاؤ نہیں کرتا۔ کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ سلسلہ غدیہ کی فصائیں رطوبت سے چڑھ کر پھول جاتی ہیں۔ چنانچہ اس وقت اسے سلسلہ غدیہ کیٹھیہ کہا جاتا ہے۔ سلسلہ غدیہ اسی وقت خطرناک ہوتا ہے، جبکہ یہ ایسے مقامات پر ہو، جہاں اہم ساختوں پر دباؤ ڈال سکے۔ یا یہ کہ سرطانیہ کی طرف اسکا استحال ہو جائے۔ یہ ہر ایک غدی ساخت میں پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ یہ پستان، غدہ درقیہ، غدہ مذی، اور خضیہ وغیرہ میں نمودار ہوا کرتا ہے۔

سلعات بشریہ خبیثہ سرطانیات

بشرہ (بشرہ ظاہرہ) کی خبیث رسولیاں سلعات سرطانیہ (سرطانیات) کہلاتی ہیں، اور جب مطلقاً سرطان بولا جاتا ہے، تو یہی سلعات مراد ہوتے ہیں۔

۱۵ میں منٹ مبرین

۱۶ کارسی نوٹیا

۱۷ ایڈیوٹا

۱۸ سنک ایڈیوٹا

۱۹ کنسر

سلعات سرطانیہ کی قسمیں حسب ذیل ہیں
 سلعہ بشریہ (بشریہ) قرصہ آکاکہ۔ سرطان عمودی (عمودی خلیات
 والا سرطان) سرطان کُرودی (گول خلیات والا سرطان)۔

سلعہ سرطانیہ (سرطان) ایک خبیث قسم کی پیداوار ہے جو
 بشرہ سے شروع ہوتا ہے، اور بشرہ کے خلیات میں غیر محدود تکاثر
 ہوتا چلا جاتا ہے، لیکن اسکی اصلی خصوصیت یہ ہے کہ بشرہ کے خلیات
 متصل ساختوں پر حملہ آور ہوتے ہیں، اور اس طرح یہ مرض پھیلتا چلا
 جاتا ہے۔ چنانچہ جلد کا سلعہ بغیر یہ جلد کے نیچے کی ساختوں اور عضلات
 کے طبقات تک سرایت کر جاتا ہے، اسی طرح پستان کے ستیدہش میں
 بھی جو بشرہ کے خلیات ہوتے ہیں، وہ پستان کی نیچے داخل پر حملہ
 کرتے ہوئے عضلات صدر یہ تک پہنچ جاتے ہیں۔ یہ خلیات اُن
 خانوں یا فضاؤں کو گھیرتے ہیں جو ابتداءً افضیہ مائیکہ ہوتی ہیں، چونکہ
 سرطان انہی فضاؤں کے بڑھنے سے پھیلتا ہے، اس لئے یہ سمجھنا آسان
 ہے کہ سرطان کے سرایت کرنے کا ذریعہ عروق جا ذہ ہے۔ سرطانی
 خلیات کے درمیان نیچے خلائی نہیں ہوتی جو انکو ایک دوسرے سے جدا
 کرے، اور یہ ہمیشہ اس حصہ کے خلیات سے مشابہ ہوتے ہیں جہاں سے
 سرطان کی پیدائش شروع ہوتی ہے۔ سرطانی فضاؤں کو جو جھلی

۱۵ روڈنٹ السر	۱۵ اپی ٹیلی ادا
۱۶ اسفیرائڈل سیلہ کاری نوما	۱۶ کانٹر سیلہ کاری نوما
۱۷ اسکے رس	۱۷ مل ٹیلی کیشن
۱۸ انٹر سے لیو لٹشیو	۱۸ لفٹے ٹاک اسپے سر

دو عالم (گھیرتی ہے اسکے اندر عروق دمویہ بکثرت ہوتے ہیں، سرطان کی افزائشوں میں یہ فیصلہ کرنا بہت ہی دشوار ہوتا ہے کہ سرطان کی حد یہاں ختم ہوتی ہے، اور یہاں سے صبح حصہ شروع ہوتا ہے، یہی وجہ ہے کہ آجکل جو اعمال جراحیہ کئے جاتے ہیں ان میں نہایت آزادی کے ساتھ بڑے بڑے اعضاء کاٹ کر الگ کر لئے جاتے ہیں۔

اسباب: سرطان کا کوئی متنازع سبب اب تک معلوم نہیں ہو سکا ہے، لیکن یہ دیکھا جاتا ہے کہ مقامی خراش و ہیجان غالباً اس میں کچھ اثر و دخل رکھتے ہیں، چنانچہ جن لوگوں کے ہونٹ میں کیوبج سے دائمی خراش پہنچتی رہتی ہے۔ انکے ہونٹ میں سلعہ بشریہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات پان تبا کو کھانے والوں کے جبڑوں میں بھی سرطان شروع ہو جاتا ہے۔

بعض لوگوں نے عدوی کا نظریہ قائم کر کے تحقیق کرنے کی کوشش کی ہے مگر جب تک اسکی تصدیق نہیں ہو سکی ہے۔

سلعہ بشریہ: یا کریات قشریہ کا سلعہ سرطانیہ، تمام ان سطوح پر پیدا ہو سکتا ہے جو بشریہ قشریہ (بشرہ رصیفیہ) سے ڈھکی رہتی ہیں۔ یہ مرض عموماً ادھیڑوں اور بوڑھوں میں، اور شاڈونا در نوعمروں میں نظر آتا ہے۔ یہ اکثر اوقات دیرینہ اور پائدار خراش و ہیجان کا نتیجہ ہوا کرتا ہے، اور گاہے یہ پیرانے زخم کے نشانات (ندبہ) اور دیرینہ قروح میں بن جاتا ہے۔

۱۵ اپنی پتلی ادا

۱۵ اسٹروا

۱۵ اسٹریٹی فائڈ اپنی تعلیم

۱۵ اسکوئس سلیڈ کا رسی زما

یہ ذیل کی تین صورتوں میں سے کسی ایک صورت میں نمودار ہوتا ہے
(۱) مسہ کی سی ایک افزونی نمودار ہوتی ہے، جس کی جسطر
سخت ہوتی ہے۔

(۲) ایک چھوٹا سا گول قرص نمودار ہوتا ہے، جس کے کنارے
باہر کو لوٹے ہوئے اور ابھرے ہوئے ہوتے ہیں۔

(۳) سخت سطح پر نشگان (دوراڑ) ہوتا ہے۔

مندرجہ بالا صورتوں سے یہ افزونی شروع ہو کر گہری ساختوں
تک بڑھتی چلی جاتی ہے، بیرونی سطح متفرج ہو جاتی ہے، اور اس
میلی اور گندہ رطوبت مترشح ہوتی ہے، اسلئے کہ اس میں عفونت پیدا
کرنے والے جراثیم داخل ہو جاتے ہیں، قریب ترین غدود جاذبہ (غذائیم)
جلد یا دبیر ماؤن و متورم ہو جاتی ہیں۔ اگر فوری اور کافی موثر علاج نہ کیا
جائے تو جلد ہی مریض کا خاتمہ ہو جاتا ہے۔ اس سلسلہ میں باستثنائے ان
گلیٹوں کے ثانوی اور ام کم بھی ہوتے ہیں، برعکس اسکے سرطان غدی
میں ثانوی اور ام زیادہ ہوتے ہیں۔ ان متورم گلیٹوں میں بعض اوقات
ایسے تغیرات پیدا ہوتے ہیں، کہ ان کے اندر قلیاں (اکیاس) بن جاتی
ہیں، جلد کو مادہ کے متفرج کر دیتی ہیں، جس سے گندہ رطوبت خارج
ہونے لگتی ہے، اور موت کا باعث اس طرح بن جاتی ہیں کہ بڑی بڑی
عروق دمویہ متفرج ہو جاتی ہیں، جن سے شدید و مہلک ثانوی جراثیم

۱۔ سکندری ہیمورج

۲۔ گلیٹڈ اور کارسی لوما

۳۔ خلیات قرنیہ (کارنیفاڈ سلسلہ) وہ خلیات جو تغیر یا کفرنی (سینگ کی صورت پر آگے بڑھیں)

۴۔ سیل لستر

خون شروع ہو جاتا ہے (نزیف ثانی) +

خرد بینی معائنہ ۱۔ جب اسکو خرد بین میں رکھ کر دیکھا جاتا ہے، تو خلیات کے عمود اس طرح نظر آتے ہیں کہ وہ بشرہ سے بڑھ کر نیچے کی ساختوں میں گھس گئے ہیں، اور ایک عمود دوسرے عمود پر جڑا ہوا ہے۔ ان میں سے بعض عمودوں میں چبٹے چبٹے خلیات قرنیہ کے قطعات ایک مرکز پر اس طرح اکٹھے ہو جاتے ہیں کہ گھونسلے کی شکل پیدا ہو جاتی ہے۔ اسی وجہ سے ان کو آؤکار خلویہ (خلیات کے گھونسلے) کہا جاتا ہے۔ اس رسولی کے آس پاس کی ساخت (انسجہ محیطہ) میں گول چھوٹے چھوٹے خلیات بھرے ہوئے ملتے ہیں۔

علاج ۱۔ رسولی کو آزادی کے ساتھ اور جلد سے جلد کاٹ کر الگ کر دیا جائے۔ اور اگر متعلقہ غدہ جاذبہ ماؤف ہو گئے ہوں، تو انکو بھی نکال دیا جائے۔

قرحہ آگالہ رکھانے والا قرص: یہ ایک قسم سرطانی سلحہ ہے جو جلدی بشرہ کے شبکہ مخاطیہ نامی طبقہ کے خلیات سے شروع ہوتا ہے۔ یہ عموماً چالیس سال سے زیادہ عمر کے اشخاص میں پیدا ہوتا ہے، اور اسکی بڑھوتری کی رفتار بہت سست ہوتی ہے۔ قرصہ اکالہ ناک، پوڑوں

سلحہ سنڈاری ہیمورج	۵۳ روڈنٹ السر
۵۴ خلیات قرنیہ (کارنیفٹاٹس) وہ خلیات جو تغیر پا کر قرنی (سینگ کی صورت پر آگئے ہوں۔	۵۵ شبکہ مخاطیہ یا لمفیہ ریٹی سیکوم ریٹی لمفی بیانی، جلدی بشرہ کا سب سے اندرونی طبقہ جو کینسر کی مڑی و رنگین ہے اور اس طبقہ کا پیرنی حلقہ ٹنوں سے پر ہوتا ہے جسکو طبقہ شبکہ در پیکل لیرا کہا جاتا ہے

خا در چشم کے زادیوں (گوشوں) اور رخساروں کے پاس ایک گول چکنی بلندی کی شکل میں ابتداءً نمایاں ہوتا ہے، جسکا حجم تدریجاً بڑھتا چلا جاتا ہے۔ پھر کچھ عرصہ کے بعد بیرونی سطح (جلدی سطح) متفرق ہو جاتی ہے۔ اس قرصہ کی سطح متفرق رہا قاعدہ، چکنی اور دبی ہوئی ہوتی ہے، جو بڑے قسم کے انگور سے ڈھکی رہتی ہے۔ اس کے کنارے یا حدود کسی قدر ابھرے ہوئے، سخت، اور باہر کی طرف مڑے ہوئے ہوتے ہیں۔ اگر اس میں جراثیم داخل نہ ہو جائیں، تو مواد کا ترشح بہت کم ہوتا ہے۔ درد بہت کم ہوتا ہے، یا بالکل نہیں ہوتا۔ قرصہ اکالہ سے عروق مائیدہ (جاذبہ) اور غد مائیدہ متاثر نہیں ہوتے ہیں، اور نہ یہ دوسرے اعضا تک سرایت کر کے اس میں ثانوی سلمات پیدا کرتا ہے (امتناء کو تفریق مرض کی صورت واقع نہیں ہوتی)؛ ہاں خود یہ قرصہ پھیلتا، اور گرد کی ساختوں کو تباہ و برباد کرتا، اور کھاتا چلا جاتا ہے، حتیٰ کہ ہڈی بھی اسکی تباہ کاری سے نہیں بچتی؛ اس طرح آخر کار ہڈی کے گل جانے کے بعد دماغ کھل جاتا ہو۔

خر دینی محائسہ (فخص جہری)؛ جب اس رسولی کو خردین سے دیکھا جاتا ہے، تو اسکی ساخت سلعہ بشریہ کی ساخت کے مانند نظر آتی ہے، لیکن اس کے خلیات خلیات شکیہ (خار دار خلیات) کی قسم کے نہیں ہوتے، اور نہ وہ خلیات کے گھونسلے (ادکار غلوہ) پائے جاتے ہیں۔ اسی طرح خلیات کے عمود گہرائی کی طرف بڑھنے کی بجائے جوانب کی طرف زیادہ بڑھتے ہیں۔ نیز انسجہ محیط میں چھوٹے گول خلیات کم نظر آتے ہیں۔

علاج :- قرصہ اکالہ کا علاج یہ ہے کہ آزادی کے ساتھ اسے کا کلر

علیحدہ کر لیا جائے یعنی کم از کم نصف قیراط تک قرصہ کے گرد کی ساختوں کو کاٹ کر دور کر دیا جائے، اگر مقام مرض یا قرصہ کی وسعت ایسے وسیع عمل کی اجازت نہ دے، تو عکس ریز یا شاعیہ ریڈیم کا استعمال کیا جائے اس سے گاہے شفا رکلی حاصل ہو جاتی ہے، یا اسکی ترقی رک جاتی ہے۔

سلعہ سرطانہ عمودیہ یا سرطان عمودی، اسکا پُرانا نام "سلعہ بشریہ عمودیہ" ہے، اور اکثر حالات میں حقیقی سرطان غدی یہی ہے۔ سرطان اکثر اوقات مجرای غذائی میں پیدا ہوتا ہے، پہلے سطح پر سلعہ حلیہ کی طرح نکلتا عمودیہ میں تکاثر شروع ہوتا ہے، پھر یہ گہری ساختوں تک سرایت کر جاتا ہے، اور غشاء ساسی کو عبور کر کے نیچ تحت المخاطی، اور طبقہ عضلیہ تک پہنچ جاتا ہے۔ اس قسم کے سلعات کی رفتار نمو بعض اوقات صُست ہوتی ہے اور بعض اوقات تیز؛ جب انکی رفتار صُست ہوتی ہے، تو انکے اندر نیچ یعنی کی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے، جو اس کے خلیات کو ایک دوسرے سے جدا کر کے مختلف عنایتید (مجموعوں) میں تقسیم کر دیتی ہے اور جب انکی رفتار تیز ہوتی ہے، تو نیچ یعنی کی مقدار بہت کم ہوتی ہے۔ پھر اس میں تقریح شروع ہو جاتا ہے، اور اس قرصہ میں سرطان کی مخصوص شکل پیدا ہو جاتی ہے، قرصہ کے کنارے سخت، باہر کو مڑے ہوئے، اور اُبھرے ہوئے ہیں۔ اس پاس کی گلیٹھاں دغد جا ذب یا مائیہ عام سلعات سرطانہ کی طرح ماؤف و متورم ہو جاتی ہیں، پھر

سلعہ اکس ریز

سلعہ کالمر کارسی لوما

سلعہ کالمر کنیسر

سلعہ کالمر اپنی فیلی اووا

سلعہ گلینڈو لرنیسر

سلعہ عنایتید۔ اری اولی

یہ مرض دیگر اعضاء تک پھیل جاتا ہے۔ مجرای غذائی کے علاوہ سرطان عمودی گاہے پستان کے مجاری لبن، جگر، اور عنق الرحم میں راور گاہے ناک اعلیٰ کی غشاء مخاطی میں) بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

سلعہ سرطانہ عنقودیہ (سلعہ سرطانہ خبیثہ)، اسکو سرطان گردوسی بھی کہا جاتا ہے، کیونکہ اسکے گریات گول گول ہوتے ہیں۔ یہ عموماً گلیٹیوں (غدد مغز) سے شروع ہوا کرتا ہے، اسلئے بعض لوگوں نے اسکا نام سرطان غدی (سلعہ سرطانہ غدیہ) رکھا ہے۔ گلیٹی کے فصیفات (عناقید) کے بشرہ میں اس مقام پر جہاں سے یہ مرض بڑھنے والا ہے۔ تکاثر شروع ہو جاتا ہے، پھر یہ غشاء اساسی سے تجاوز کر کے انسجہ بین الفصیصات کی انضیہ مائیہ تک پہنچ جاتا ہے۔

سینج لیفی اور سرعت و بطور افزائش کے لحاظ سے اس مرض کی دو قسمیں ہیں :- (۱) سرطان سقیروس (سقیروس) جس میں سینج لیفی زیادہ ہوتی ہے، ورم سخت ہوتا ہے، اور اسکی رفتار عست ہوتی ہے۔

(۲) سرطان داغی (اسی کو بعض لوگ سرطان مخی بھی کہتے ہیں)، جو نرم ہوتا ہے، اور جس میں ریشہ کم پائے جاتے ہیں، مگر اسکی افزائش کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے۔

(۱) سقیروس (سرطان سقیروس)، زیادہ تر پستانوں میں

۱۔ اسی ناس کاری نوا	۲۔ انٹراسی ناس ٹشوز
۳۔ رائڈ سیلڈ کاری نوا	۴۔ لٹنٹ ٹک اسپینر
۵۔ گلیٹڈ ولر کاری نوا	۶۔ اسکیرس۔ اسکیرس کاری نوا
۷۔ بیس منٹا ممبرین	

دیکھا جاتا ہے۔ نیز یہ ندہ مذی، اور بانقرس میں اور معدہ کے بواب کے مقام پر بھی پایا جاتا ہے۔ تنگی آنکھ سے دیکھنے پر آنکھ سخت ورم کی صورت میں گانٹھ کی طرح نظر آتا ہے، جسکے حدود پورے طور پر ممتاز نہیں ہوتے۔ جب اسے کاٹا جاتا ہے، تو یہ سختی سے کٹتا ہے، اور کاٹنے وقت کمرہٹ کی آواز پیدا ہوتی ہے۔ کٹی ہوئی سطح سفید کسی قدر زرد سی مائل ہوتی ہے جو ریشوں کے سکڑنے کی وجہ سے جلد ہی مقعر بن جاتی ہے۔ یہ سطح کچی ناشپان کے ٹکڑے سے یا سلجم کے ٹکڑے سے مشابہت رکھتی ہے۔ اس رسولی کے کاٹنے سے ایک مخصوص سرطانی رطوبت حاصل ہوتی ہے جسکو عصارۂ سرطانیہ کہا جاتا ہے، جو خلیات اور ریشہ کے ٹکڑوں پر پھرتل ہوتی ہے۔

خرد بینی معائنہ پر یعنی دعامہ نمایاں طور پر نظر آتا ہے، جس کے
خانے (اسناخ) خلیات سے پُر ہوتے ہیں۔ رسولی کے آس پاس کی
ساخوں میں چھوٹے گول کریات نظر آتے ہیں۔ گاہے اس رسولی کے
وسط میں فساد دھمی (استحالہ شحمیہ) واقع ہوتا ہے، جسکی وجہ سے اسکے
اندر جھوٹی جھوٹی قبلیاں بن جاتی ہیں۔

اس مرن کی ایک مخصوص قسم ہے، جسکو سفیروس ضموموسی (ضمور لاغری) کہا جاتا ہے، اس مخصوص قسم میں ریشہ دار بافت کی اس قدر کثرت ہوتی ہے کہ اسکے انقباض و تقلص کا دباؤ خلیات اور ریشہ دار دوسرے پر پڑتا ہے، جس سے ان خلیات کے تغذیہ میں کمی آ جاتی ہے

۱۵ کثیر رنگیڈر رطوبت سرطانیہ، جودوڑ	۱۵ اسٹروما
۱۶ کے مانند ہوتی ہے اور بالائی میں ٹکڑا سکولیر	۱۶ نیلی ڈی خبریشن
۱۷ بنا دیتی ہے	۱۷ اٹروفاک اسکیرس

اور یہ لاغر ہو جاتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ اس سلعہ کی رفتار بالیدگی بہت ہی سست ہوتی ہے۔

(۲) سرطان دماغی یا سرطان حاد۱۔ اس قسم کی رسولی نہایت تیزی سے بڑھتی ہے۔ اسکے اندر بمقابلہ خلیات کے دعامہ لیفیہ کی مقدار بہت کم پائی جاتی ہے۔ علی ہذا اسکے اندر رگیں بکثرت ہوتی ہیں، اور بمقابلہ سفیروس کے یہ نرم ہوتی ہے۔ یہ اجزاء مجاذرہ اور ندوایہ دجا ذہا تک بہت جلد پہنچ جاتی ہے۔ علی ہذا اس میں تقرح جلد ہی شروع ہو جاتا ہے۔ جب اسکو کاٹا جاتا ہے، تو اندر سے نرم، سفیدی مائل نکلتا ہے، جو دماغ (جو ہر محیطیجہ) سے شا بہت رکھتا ہے۔ چونکہ عموماً اسکے اندر رگیں بکثرت ہوتی ہیں، اسلئے بعض اوقات اندر ہی اندر جریان خون (نزف خلائی) ہوتا ہے۔ اس میں عصارہ سرطانہ (رطوبت سرطانہ) کی کثرت ہوتی ہے۔ معائنہ خوردبینی پر اسکے اندر گول خلیات کی بہت ہی کثرت نظر آتی ہے، جنکے درمیان بہت ہی کمزور دعامہ لیفیہ پایا جاتا ہے۔ سرطان دماغی ندی، خاصہ اگر وہ، اور بعض دوسرے غدوی اعضا میں ہوا کرتا ہے۔

سرطان ہلّامی (سرطان غدوی) اسکو فساد ہلّامی یا فساد غرومی بھی کہا جاتا ہے۔ یہ سرطان غدی یا عودہ کی خلیات بشریہ کے

۱۔ انکے فیلاڈ کارسی نواد سرطان مخفی	۲۔ کو لاٹڈ کنیسر
۳۔ اسے کہا جاتا ہے)	۴۔ میوسی ناٹڈ کنیسر
۵۔ اسٹروما	۶۔ کو لاٹڈ ڈی جنریشن
۷۔ انٹرسٹیشل ہیپورج	۸۔ میوسی ناٹڈ ڈی جنریشن

فساد و استحالة سے پیدا ہوتا ہے۔

یہ زیادہ تر جوٹ شکم میں معدہ، امعاء، اور ثرب کے سرطان میں ہو کر آتا ہے۔ اسکی صورت رسولی کے اندر نیم شفاف دھبوں کی سی ہوتی جو تنگی آنکھ سے اگر سرطان ہلای کو دیکھا جائے، تو اسکی بناوٹ غنقدی (فصی) نظر آتی ہے، جسکے خانوں میں مختلف کثافت کا ہلای نیم شفاف مادہ بھرا رہتا ہے۔ اگر فردین سے دیکھا جائے، تو بشرہ کے خلیات کم ہی نظر آتے ہیں؛ اسلئے کہ یہ خلیات ہلای مادہ میں بدل جاتے ہیں۔

علاج: ان سرطانی رسولیوں کا علاج استیصال ہے؛ یعنی ان رسولیوں کو کاٹ کر الگ کر دیں۔ اور اسکے ساتھ گرد کی صحیح ساختوں کو بھی دور تک کاٹ کر خارج کر دیں۔ اگر ممکن ہو تو پورے عضو کو کاٹ کر الگ کر دیں، جسکے ساتھ قریب ترین غدود جاذبہ اور ان کی عروق جاذبہ بھی خارج ہو جائیں۔ لیکن اگر یہ مرض زیادہ پھیل جائیگی وجہ سے اعمال جراحیہ کے قابل نہ ہو، تو شعاعیہ (ریڈیم) اور عکس ریز کا استعمال کیا جائے، جس سے کم و بیش فائدہ کی توقع ہے۔

شعاعیہ (ریڈیم) کے استعمال کا طریقہ عموماً یہ ہے کہ اسے انابا (نیکلوس) یا ہندار سونیوں میں رکھ کر ساختوں کے اندر دفن کر دیا جاتا ہے۔ جس سے بہترین نتائج اسی وقت برآمد ہوتے ہیں، جبکہ یہ بڑی مقداروں میں استعمال کیا جاتا ہے۔ اسکے استعمال سے یہ فائدہ حاصل

لے شعاعیہ (ریڈیم) کی شعاعیں تین قسم کی ہیں، جبکہ شعاع آلف، شعاع جب اور شعاع جی سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ چنانچہ بیان کیا جاتا ہے کہ سرطان کے علاج میں تیسری شعاع (جی) موثر ہوتی ہے۔

ہوتا ہے کہ مرض کی ترقی کی رفتار سست ہو جاتی ہے، یا ترک جاتی ہو اور دم ہو جاتا ہے، اور مواد کا ترش گھٹ جاتا ہے، لیکن یہ امر بالکل مشتبہ ہے کہ آیا اس سے کبھی شفا رکلی بھی حاصل ہوتی ہے۔

عکس لہ زیر کا اثر و عمل بھی شعاعیہ کے مانند ہے، لیکن اسکی منفعت کا میدان اسلئے زیادہ کشادہ ہے کہ ایک وقت میں بہت بڑے رقبہ کا علاج اسکے ذریعہ سے کیا جاسکتا ہے۔ اس خبیث مرض کے علاج کے لئے بڑے طاقتور مخصوص قسم کے آلات و سامان کی ضرورت ہوتی ہو۔

ان شعاعوں سے علاج محض ماہرین خصوصی ہی کر سکتے ہیں

جو شعاعوں کی قوت کا اندازہ رکھتے ہوں۔ ورنہ بعض اوقات

عدم بصیرت سے شعاعیں دیر تک استعمال کی گئی ہیں، تو اس سے

جلک پر شدید نقصانات پیدا ہو گئے ہیں۔

بعض لوگوں نے یہ بھی بتایا ہے کہ عمل جراحی کے بعد بھی ان شعاعوں

سے علاج کرنا مناسب ہے، تاکہ مرض کا اعادہ نہ ہو جائے، کیونکہ اکثر

اوقات قطع برید کے بعد بھی اسکے باریک اجزاء باقی رہ جاتے ہیں، جو کبھی

مرض کا سبب بنتے ہیں۔ ان شعاعوں کا علاج عمل جراحی کے دس بارہ

روز کے بعد شروع کرنا چاہئے، اور دو تین ہفتہ تک روزانہ جاری

رکھنا چاہئے۔

شعاعوں کا استعمال، بعض اوقات مایوس کن حالات تک میں

ورود کم کر دیتا ہے، اور مریض کی تکلیف کم ہو جاتی ہے +

تنفیذ حرارت (گرمی کا سافٹوں کے اندر نفوذ کرانا) بھی

لہ اکسر زیر

اُن صد رتوں میں ایک مفید طریقہ علاج سمجھا جاتا ہے، جبکہ یہ رسولیان اعمال جراحیہ کے قابل نہ ہوں، علی الخصوص سنہ، جلد اور مثانہ کے سرطان میں۔ یہ دراصل ساختوں کو بجلی کے ذریعہ منعقد اور بستہ کرنے کا ایک طریقہ ہے۔ بجلی کی لہریں کس گہرائی تک نفوذ کرنی چاہئیں، اس کا صحیح اندازہ رکھنے کی ضرورت شدید ہے۔

جب یہ مرض اتنا دیرینہ ہو جائے، کہ کسی قسم کی امید باقی نہ رہے تو زیادہ سے زیادہ جو ایسی حالت میں کیا جاسکتا ہے، وہ یہ ہے کہ متفرق سطح کو خراش و بچان سے بچایا جائے، حتی الامکان اسکو ٹمٹ عفونت سے روکا جائے، عام بدنی صحت کو مناسب غذاؤں اور دواؤں سے بحال رکھنے کی کوشش کی جائے، اور اینون و جوہرائیون وغیرہ کے ہتھال سے دردی شدت کو کم کیا جائے، اور نموات سے نیند لانے کی کوشش کی جائے۔ آب و ہوا تبدیل کرائیں۔ ہلکے سہل گاہ بگاہ دیتے رہیں بعض اوقات اسکے علاج میں عمل کئے (دواغنا) استعمال کیا جاتا ہے، خواہ گئے حقیقی ہو۔ یا ادویہ کا ویہ۔ علی الخصوص اسوقت جبکہ اسکا پورے طور پر کاٹ کر الگ کرنا ناممکن ہو۔ ایسی صورت میں کچھ تو کاٹ دیا جائے، اور باقی کا علاج اسی گئے سے کیا جائے۔

بعض لوگ رسولی کی انفرائش کو روکنے کے لئے یہ تدبیر کرتے ہیں کہ اصلی عروق غازیہ (عروق دمویہ) کو باندھ دیتے ہیں، تاکہ اس مقام کی پردریش بند ہو جائے، اور مرض کی بڑھوتری مسدود ہو جائے؛ جس طرح بعض لوگ درد کو روکنے کے لئے اعصاب حساسہ کو کاٹ دیتے ہیں۔

انتباہات (۱) اس مرض کے کامل طور پر شفا پانے یا اس کی ترقی بند کرنے کے لئے ہنوز کوئی خاص تدبیر یا دوا معلوم نہیں ہوئی، صرف اس کی زیادتی اور مرض کے عوارض کو کم کرنے کی تدابیر ہیں۔

(۲) اعمال جراحیہ کے نتائج بہتر اس وقت برآمد ہوتے ہیں، جبکہ ابتداء مرض میں مٹھنوک کا ٹٹا کر علیحدہ کر دیا جائے۔ لیکن یہ خیال رہے کہ کاٹنے کے بعد بھی اکثر یہ دوبارہ عود کرتا ہے، بعض اوقات سرطان کو کاٹنے سے مرض اندر کی جانب رجوع ہو جاتا ہے، اور بعض مریض عمل جراحی کی تکلیف کو برداشت نہیں کر سکتے۔ اور ہلاک ہو جاتے ہیں، البتہ یہ واضح رہے کہ جب تک یہ دوبارہ پیدا نہیں ہوتا، اس وقت تک مریض بآرام رہتا ہے، اس لئے جراح کو چاہئے، کہ وہ اول اس امر کو معلوم کرے کہ آیا مریض عمل جراحی کو برداشت بھی کر سکے گا یا نہیں؟

اگر عام بدنی علامات اور اخراج مواد کی وجہ سے مریض اس قدر کمزور ہو جائے، کہ تھوڑا سا خون خارج ہونے سے اس کی جان کا خطرہ ہو، تو ایسی صورت میں عمل جراحی قطعاً نہ کرنا چاہئے؛

سرطان کی ترقی کو روکنے کے لئے بعض جراح سرد پانی بھی استعمال کرتے ہیں، برف اور مریخ مبرد بھی اس میں مفید ہے۔

مانع التهاب دواؤں سے اس میں کچھ فائدہ نہیں ہوتا، مقوی دواؤں کا استعمال بہت ضروری ہے، مثلاً حدید بنفش آمیز (ایوڈائیڈ) آف آئرن، نہایت مفید ہے۔

لے فری زنگ کیمبر

لے اینٹی فلو جس ملک

ابتداءً مرض میں بعض جراح صبیغہ بیش اور محلول فیون استعمال کرتے ہیں، اور جب زخم بڑھ جاتا ہے، تو کسکالہ کو صبیغہ فیون یا صبیغہ بیش میں تر کر کے لگاتے ہیں، اور زخم کو تاہر خاسے ڈھانک کر مانع عفونت طریقہ سے اسادہ ریٹی بانڈینا استعمال کرتے ہیں؛

جڑدار رسولیوں اور وعائیدہ رومہ کی قسم کی رسولیوں کے گرد بند لگا دیتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے، کہ وہ مر اور پڑ کر جھڑ جاتی ہے، بعض لوگ عصا بلندہ (چکدار پٹی) کے ذریعے رسولی کو کس دیتے ہیں۔ گاہے ٹھکنوں میں ہوا بھر کر رسولی کو دباتے ہیں۔ بعض جراح اُربہ بنفش آمیز اور فیون رسولی پر ملتے ہیں؛

وہ صورتیں جن میں عل جراحی جائز نہیں ہے، یہ ہیں،
(۱) جبکہ سرطان جسم کے مختلف حصوں میں ایک ہی وقت میں واقع ہو۔

(۲) جبکہ مریض کمزور ہو، اور اس میں سوء القنیہ (فقر الدم) کی علامتیں موجود ہوں۔

(۳) جبکہ سرطان جلد جلد بڑھ رہا ہو۔

(۴) جبکہ سرطان ایسے مقام پر ہو، جہاں دستکاری کے ذریعے کل سرطانی مادہ خارج نہیں کیا جاسکتا۔

۱۰ گٹا پارچہ

۱۱ ایوڈائن آف لیڈ

۱۲ ٹنچر آف اکیوٹائٹ

۱۳ لائیکوڈار اوپائی

۱۴ لٹ

۳) سلعات بطانیہ بطانہ کی رسولیاں

بطانہ وہ جعلی ہے جو انفضیہ مصالیہ (اغشیہ مائیہ کے جوڑوں)
انفضیہ مائیہ (عروق جاذبہ کے جوڑوں) مفاصل کے جوڑوں
اور بدن کے دوسرے بند جوڑوں کے اندر اسٹرکرتی ہے۔
اسی وجہ سے گاہے اسکو بشرہ باطنہ کہا جاتا ہے۔

سلعات بطانیہ کا تعلق عروق دمویہ اور عروق مائیہ سے ہوتا ہے۔
انکی بہت سی خصوصیات سلعات سرطانیہ اور سلعات کیمیہ سے مشابہ
ہوتی ہیں؛ لیکن فی الجملہ یہ ان دونوں کے مقابلہ میں کم خبیث ہوتے
ہیں۔ ان کی رفتار سست ہوتی ہے، اور عموماً استیصال کے بعد
دوبارہ عود کرتے ہیں، لیکن غدد مائیہ اور دوسرے اعضا میں ثانوی
سلعات کم پیدا ہوتے ہیں۔ اگرچہ کچھ عرصہ کے بعد بعض اوقات میں
یہ گلیٹیاں متاثر ہو جاتی ہیں، اور دوسرے اختار میں ثانوی رداسب
رثانوی سلعات پیدا ہو جاتے ہیں۔

طریقہ افزائش و نمو کے لحاظ سے ان سلعات کی دو قسمیں ہیں:-

(۱) سلعات بطانیہ - (۲) سلعات بطانیہ محیطہ۔

جب مطلق سلعات بطانیہ کہا جاتا ہے، تو اس سے یہ مراد

۱۔ انڈو ٹیلی اوما - انڈو ٹیلیلٹویوز ۲۔ انڈو ٹیلی اوما

۳۔ انڈو ٹیلیم

نبوتی ہے کہ عروق کے اصلی بٹناؤں کے خلیات میں ہے، اور جب سلعہ
بٹانہ محیطہ نکلتا جاتا ہے۔ تو اس وقت یہ مراد لیا جاتا ہے کہ یہ سلعہ
چھوٹی۔ کوں کے غلات (بٹانہ محیطہ) میں ہیں۔

بٹانہ محیطہ وہ خلیات اور باریک ریشے ہیں جو عروق شریہ اور
چھوٹی رگوں کے گرد باہر سے محیط ہوتے ہیں۔

ان رسوبیوں کی سیج غلائی (مادہ بین الخلیات) میں گاہے غلطی
استقرار (یعنی تغیر) ہو جاتا ہے، اور گاہے یہ کڑی کے مانند زجاجی مادہ
میں تبدیل ہو جاتی ہے، جس سے مرکب قسم ریچیدہ - مضاعفہ کی
رسوبیاں بن جاتی ہیں۔

اس قسم کی رسوبیوں کی متاثر مثال سلعہ نکفیہ مفرجہ (مرکبہ) ہے
رسوبیاں بدن کے ہر ایک حصے میں پیدا ہو سکتی ہیں، لیکن غدہ نکفہ
بے بعد از کی غشا مخاطی میں یہ کثیر الوقوع ہے۔ اسکی ایک مخصوص قسم
سلعہ رملیہ درتبی (رسوبی) کہلاتی ہے، جسکا تعلق دماغ اور حرام مغز
کی جھلیوں سے ہوتا ہے۔ اس کو رملیہ درتبی اسلئے کہا جاتا ہے کہ اسکے
اندرواد نکسیدہ پائے جاتے ہیں۔ یہ اس طرح بنتے ہیں کہ پہلے اس کے اندر
استقرار تغیر کے بعد نشا سہ کا سامادہ بنتا ہے، جو آخر میں مادہ کلیہ میں
تبدیل ہو جاتا ہے۔

لہ پیری خلی اورا	۱۵۰ بائلن سب ٹینس
تد پیری خلیم +	۱۵۱ مکڈ پیرا ٹیومر
۱۵۲ اٹریٹیل ٹشو	۱۵۳ سامو
۱۵۴ میکڈ پیرا ٹیومر	

(۴) وہ سلعات جو دوسرے جنین کے کسی حصے کو دوسرے میں داخل ہونے سے بنتے ہیں (سلعات منسوخ طبعہ)

سلعات منسوخ طبعہ وہ سلعات ہیں جو ایسے آجڑہ منہ مجرورہ جنین جو دوسرے میں داخل ہو گئے ہوں سے، یا دوسرے جنین کے حصوں سے پیدا ہوتے ہیں جو تنصیف سے بنتے ہیں، لیکن وہ بطور ایک نشان یا بقیہ کے رہ جاتے ہیں، اور منبر بان (دوسرے جنین) کی ساخت کے اندر جزوی یا کلی طور پر داخل ہو جاتے ہیں۔ اسکی بہترین مثال خفیۃ الرحم کی کیٹش جلدی (سلعۃ جلدیہ) کیس آدمی ہے، جو عموماً بہت بڑی ہوتی ہے، اور اسکے اندر ایک جیب یا خلا ہوتی ہے۔ اسکے اندر کی استر کرنے والی دیوار (ربطانہ) تقریباً جلدی ہوتی ہے، جس سے زوائد جلدیہ (طحقات جلدیہ) مثلاً بال، ناخن، دانت، اور حلمات (سر پستان) اور پستان بڑھتے ہیں، اور عموماً اسکے اندر نظر آتے ہیں۔ اس رسولی (کیس) کے اندر ایک روغنی مادہ (مادہ دہنیہ شحمیہ) بھرا ہوتا ہے، جسکے اندر بال بکتر ہوتے ہیں، ان بالوں کے متعلق یہ بیان کیا جاتا ہے کہ جن اسباب سے سر کے بال متاثر ہوتے ہیں، انہی حالات سے یہ بھی متاثر ہوتے ہیں، چنانچہ مثلاً سر کے بال اور اسکے اندر کے بال ایک ہی دقت میں گر جاتے ہیں، یا سفید ہو جاتے ہیں، لہذا یہ ان گلیٹیوں کی ترکیب اور بھی زیادہ پیچیدہ

۱۔ ۲۔ ڈرامائڈ - جلدی رسولی -

۱۔ ۲۔ طیراٹو

۱۔ ۲۔ ڈیکوٹومی دو حصوں میں بانٹنا

ہو جاتی ہے، اور اسکے اندر ہڈیاں، عضلات اور غدود وغیرہ پائے جاتے ہیں، جو جنین کے تینوں طبقات سے پیدا ہوتے ہیں، بلکہ گاہے ان کے اند جنین کے بڑے بڑے اعضا، مثلاً ہاتھ یا پاؤں، بھی پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی ٹھیلیاں مردوں کے خصیہ میں، اور گاہے بدن کے دوسرے حصوں میں نظر آتی ہیں۔ پیچیدہ ساخت کے سلعات مسخوطہ اکثر اوقات قسم ٹھنڈی میں پائے جاتے ہیں، جو غالباً یہاں پر تنصیف خلفی سے اس طرح بنتے ہیں، کہ جنین کا چھوٹا حصہ بڑے توأم (جوڑواں بچہ) کے ساتھ ٹھنڈے مقام میں بطور ایک بقیہ کے چپکا ہوا رہ جاتا ہے۔

اکیاس (سلعات کیسیہ)

(ٹھیلیاں رقبیلی دار سولیاں)

اکیاس (سلعات کیسیہ) سے مراد عموماً وہ تجاویف ہوتے ہیں، جو کم و بیش گول ہوتے، اور ان کے اندر کوئی متنازعہ جلی استر کرتی ہو، نیز ان کے اندر کوئی سیال رطوبت یا نیم سیال مادہ بھرا رہتا ہے، گاہے اس لفظ کو آزادی کے ساتھ بقاعدہ طور پر ایسے مختلف حالات کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، کہ ان کو باعث دار تقسیم کرنا مشکل ہے؛ چنانچہ بہت سے ایسے حالات ہیں کہ باوجودیکہ انکی مرضی ماہیت متحد ہوتی ہے، مگر ایسی بدن کے بعض مقامات پر انہیں اکیاس کہا جاتا ہے، اور دوسرے مقامات پر ”اکیاس“ نہیں کہا جاتا۔

ٹلہ سٹ (سٹیک ٹیو مرز)

ٹلہ سکیل ریجنین

۵۱ پوسٹریوڈیکریٹوٹی



تصویر (۷)

کیس جلدی، جو چشم خانہ کے بیرونی گوشہ
کے پاس نمودار ہوا ہے +

علیٰ اغراض کے لئے اکیاس کو جائزہائے ذیل میں تقسیم کیا جاسکتا ہے:

(۱) اکیاس جنینی الاصل، جو جنین کے بقایا اثرات سے پیدا ہوتے ہیں۔

(۲) اکیاس التمدد، جو سابقہ چھوٹی فضاؤں کے پھیل جانے (تمدد) سے بنتے ہیں۔

(۳) اکیاس حدیثہ (جدید پیداوار)۔

(۴) اکیاس الاستحالة (فساد و استحالة النجس کی وجہ سے بنتے ہیں)۔

اکیاس جنینیہ یا وہ اکیاس جو جنین کے بقایا سے بنتی ہیں

(۱) اکیاس جلدیہ (اکیاس ادمیہ) وہ تھیلیاں ہیں، جو غیر معمولی (غیر طبعی) مقامات میں پائی جاتی ہیں، اور جنکی فضاؤں میں جلد یا غشاء مخاطی کا استر ہوتا ہے۔ گاہے ایسی تھیلیوں کے اندر زوائد جلدیہ (لمحقات جلد)، مثلاً بال، اور ناخن، پائے جاتے ہیں، اور یہ تجاولیف روغنی مواد یا بلغم (مخاط) سے پُر ہوتے ہیں۔ لیکن ان میں بائسٹا اکیاس جلدیہ حصیۃ الرحم کے عمود صرف مواد دہنیہ ہی ملتے ہیں۔ اگر ان کے اندر پیچیدہ ساختیں مثلاً دانت، ہڈیاں، چھاتیاں، اور سرپستیاں پائی جائیں، تو ان کو ”سلعات منخوطیہ“ میں شمار کرنا بہتر ہے۔

اکیاس جلدیہ کی بہت سی قسمیں ہیں:

اسٹہ ڈرامنڈسٹ

اسٹہ امبرائی نکسٹ

(الف) اکیاس جلدیہ مُنْعَزِلہ (اکیاس جلدیہ عاجزہ) حیات جنینی میں جن مقامات پر کچی اجزاء ایک دوسرے سے جڑے ہوئے (متحد و ملتحم) ہوتے ہیں، مثلاً جنین کے جسم کے دونوں نصف مقابل، ایسے مقامات پر یہ اکیاس اس طرح بنتے ہیں کہ ان مقامات سے سطحی بشرہ پورے طور پر زائل نہیں ہوتا۔ گویا یہ جلد کے منفصل شدہ اجزاء ہیں، جو قبلی کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ بدن کے خط وسطانی کے تقریباً ہر ایک حصے پر یہ اکیاس بن سکتے ہیں۔ اسلئے کہ اس مقام پر دونوں طرف کے اجزاء بحیہ کا اتصال ہوتا ہے۔ اسی طرح اکثر اوقات یہ گردن اور چہرہ میں بھی شقوق و جثیہ اور تصبیغہ رشتہ بن کر نظر آتے ہیں۔ اکیاس جلدیہ منْعَزِلہ کم دبش گول درم کی صورت میں، بالکل محدود یعنی گھرے ہوئے سخت، اور پچکدار ہوتے ہیں۔ جن پر جلد آسانی سے حرکت کر سکتی ہے۔ لیکن گاہے ان کی جڑیں ہوتی ہیں، جو گہرائی میں دوڑ تک چلی جاتی ہیں، حتیٰ کہ بعض اوقات کھوپڑی کی راہ گذر کر کمر جافیہ تک پہنچ جاتی ہیں۔ ان کے اندر عموماً روغنی مادہ بھرا ہوا ملتا ہے، جس میں گاہے بال یا دانت پائے جاتے ہیں۔

علاج، ان کو پورے طور پر صاف کر کے الگ کر دینا چاہئے۔ ورنہ اسکے عود کرنے کا اندیشہ ہے۔ گاہے اسکی اندرونی دیوار کا پورے طور پر

۱۔ سیکوئس ٹرسٹرن ڈرائیڈ	جو حیات جنینی میں قصبی قوسوں (براکیئل
۲۔ فیشیل کلفٹر۔ جنین کے وہ شگاف (آرچز) کے مابین گردن کے اندر پائے جاتے ہیں جو چہرہ پر ہوتے ہیں۔	قصبی قواس گردن کے مقام پر پکڑیونگے پاتوں میں
۳۔ براکیئل کلفٹر جنین کے وہ شگاف	جو جنین میں پائے جاتے ہیں۔

صاف کرنا دشوار ہوتا ہے، ایسی صورت میں باقی ماندہ جز کو گتے (داغ) سے یا مواد کاویہ سے تلف کر دینا چاہئے۔

(ب) اکیٹکس جلدیہ انہوسیم (ناپیدار جلدی قیلیاں) ان بیماری و مسالک سے بنتے ہیں جو حیات جنینی میں پائے جاتے ہیں۔ اس قسم کی قیلیاں اکثر اوقات مجرئی و کثرتی سانی، اور معاً، خلف الشرح میں پائی جاتی ہیں۔

(ج) خصیۃ الرحم کے اکیٹکس جلدیہ کا بیان گذر چکا۔

(د) بعض اکیٹکس و انت بنتے کے سلسلہ میں پیدا ہوتے ہیں۔ ان کو سلعات کشنیہ جرابیہ اور سلعات کشنیہ بشریہ کہا جاتا ہے۔ ان میں سے اول الذکر کو اکیٹکس کشنیہ اور مؤخر الذکر کو جیڑے کا مرض لیفی کشنی بھی کہا جاتا ہے (دیکھو سلعات کشنیہ)۔ (۳) بہت سے اکیٹکس جنین کے کلیہ ابتدائیہ سے اور اسکے انامیب و مجاری (چھوٹی بڑی نالیوں) سے بنتے ہیں۔ واضح رہے کہ یہ جسم دیوار شکم کے پچھلے حصہ میں، گردہ اور خصیہ کے قریب رہتا ہے، اور خصیہ

۱۔ ٹیوبوٹروڈرمانیڈز	۲۔ فالی کیولراڈنٹا
۳۔ قاتر و گلاس ٹوکت، حیات جنینی کی ڈالی	۴۔ اپی ٹیلیس اوڈنٹا
۵۔ جوندہ و رتیدہ در زبان کے پچھلے حصہ کو مابین	۶۔ ڈنٹی فیرس سٹ
۷۔ پائی جاتی ہے۔	۸۔ فائبروسٹک ڈیزیز
۹۔ پوسٹ انٹل جنین کو مجرای غذائی کا ایک	۱۰۔ کلیہ ابتدائیہ کلیہ متوسطہ و دغین باوی جسم و کثرت
۱۱۔ جسم و معاً استقیم کے پچھلے حصہ میں ابھرا رہتا ہے	۱۲۔ اپیری می ٹو کثرتی جنین کا ایکٹہ اولیہ جز و مرئیہ جز
۱۳۔ اور چند روز کے بعد یہ غائب ہو جاتا ہے۔	۱۴۔ انڈیزوس (اندیس) کو سر مجرای منی اور مجرای فانی کے اوپر پیدا ہوتا ہے۔

کا ایک حصہ بناتا ہے؛ اسلئے اگر اس جسم کی بقا یا صفن کے اندر خصیہ کے پاس پائی جائے، تو یہ کوئی تعجب کا مقام نہیں ہے۔

مردوں میں اس جسم کے اندر تقریباً پورے طور پر ضمور و ہزال ہو جاتا ہے، اور اس میں سے سوائے چند باریک نالیوں کے، جکا ایک سرابند ہوتا ہے، کچھ باقی نہیں رہتا۔ یہ باریک نالیاں افیدیز و مشس (اغدیوس) کے قریب ہوتی ہیں۔ چنانچہ بیان کیا جاتا ہے کہ خصیہ کا مرض یعنی کیسی (خصیہ کا سلعہ ندیہ) اسی عضو سے بنتا ہے، کلیہ ابتدائیہ کی بیشتر نالیاں خصیہ کی مجاری میں ناقطہ میں تبدیل ہو جاتی ہیں، لیکن اسکی بعض بالائی نالیاں خصیہ سے اتصال نہیں پیدا کرتی ہیں، اور انکے آزاد سرے گہرے پھول جاتے ہیں، اور اس سے چھوٹے چھوٹے اکیاس بن جاتے ہیں، غالباً افیدیز و مس کا قیدہ مایہ کیسید بھی بعض اوقات انہی غیر مسدود نالیوں سے بنتا ہے۔ علیٰ ہذا کلیہ ابتدائیہ کی (اصلی نالی (بڑی نالی) سے افیدیز و مس اور مجرای منی کے زیرین حصے بنتے ہیں۔

عورتوں میں کلیہ ابتدائیہ کی بقا یا خصیہ الرحم کے قریب ہند نالیوں کی ایک قطار کی صورت میں ملتی ہے۔ چنانچہ بعض اوقات اس مقام پر اور انہی اجزاء میں اکیاس بن جاتے ہیں۔ جن کی نالیاں خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ انکی اندرونی دیواروں کے اندر سلعائیں حلیہ متکاثرہ

لہ ابی ڈیوس

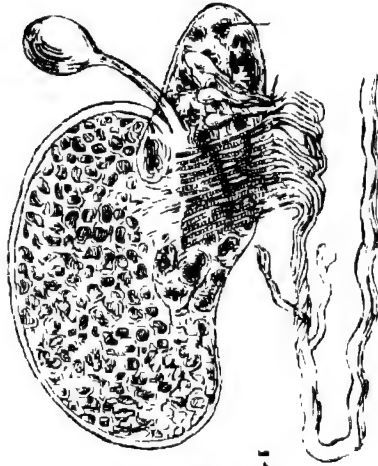
لہ فابریوس

لہ ایڈی ڈیوس

لہ ایڈی ڈیوس

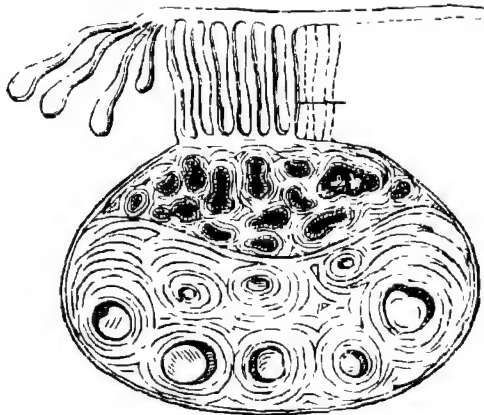
لہ ایڈی ڈیوس

لہ ایڈی ڈیوس



تصویر (۸)

ایک بلخ مرد کے خصیہ کا خاکہ، جس میں انیدوس اور اسکی نالیوں کے تعلقات دکھلائے گئے ہیں۔ ان نالیوں میں بعض وہ ہیں جنکے سرے گول درپہولے ہوئے ہیں۔ یہی آزاد سکر گا ہوا کیا س میں تبدیل ہو جاتے ہیں +



تصویر (۹)

عورتوں کی خصیتہ الرحم کا خاکہ، جس میں ایک طرف چار بند نالیاں دکھلائی گئی ہیں۔ یہی بند نالیاں گاہے گاہے اس میں تبدیل ہو جاتی ہیں +

بڑھنے والے، پائے جاتے ہیں۔ کلیہ ابتدائی کی چھوٹی نالیوں تقریباً ہمیشہ رباط عریض کے اندر قائم رہتی ہیں، اور مشاہدہ میں آسکتی ہیں۔ چنانچہ جو اکیاس اس ساخت کے پھیل جانے سے بنتے ہیں، عموماً انکے اندر ایک خلاء (جیب) ہوتی ہے۔ جسکے اندر شفاف رطوبت یا سیہ (مصلیہ) بھری رہتی ہے، ان کی کوئی متاثرہ جڑ (عینق) نہیں ہوتی، اور یہ رباط عریض کے دونوں طبقات کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتے ہیں۔ اس جسم کی بعض آخری نالیوں سے گاہے چھوٹے چھوٹے اکیاس بن جاتے ہیں، جو قاذب کے جھار دوسرے (طرف) مشرشر سے اُبھر جاتے ہیں۔ یہی کلیہ ابتدائیہ کی اصلی اور بڑی نالی، عموماً اس میں ضمور ہو جاتا ہے؛ لیکن اتفاقاً ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ رحم کے قریب رباط عریض کے دونوں طبقات کے درمیان چلتی، اور مجھرا سے بول کے دہانہ کے قریب مہبل میں گھل جاتی ہے۔ گاہے اسی نالی میں تیلیاں بنتی ہیں۔ جو مہبل کے پہلوی نشیب (جیب جانبی) میں ظاہر ہوتی ہیں۔

(۴) ثنیہ غدنیہ (زائیدہ غدیہ) جسکو زائیدہ غدنیہ بھی کہا جاتا ہے یہ وہ صفاتی چڑٹ یا بڑھاؤ ہے، جو خصیہ کی طرف طبقہ غدنیہ پہنانے کے لئے جاتا ہے۔ یہی بڑھاؤ، عورتوں میں رباط مستدیر کے ساتھ چلتا۔ جہ

۱۔ سیرس فلوئید	۲۔ پروسےس دجائی نیلہ،
۳۔ پیڈیکل	۴۔ فیوئی کیولر پراسس انیوئی کوس
۵۔ فلوئین تیوب	۶۔ جبل السہ
۷۔ ٹیبریائی ایڈنٹ	۸۔ میٹونیکا دجائی نیلس +
۹۔ نیئرل فائکس	۱۰۔ وڈنگلٹ +

جو غنہ ناغائب ہو جایا کرتا ہے؛ لیکن بعض اوقات اسکا کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جسکے اندر ایک صاف رطوبت (رطوبت مصلیہ مصل) بھر جاتی ہے چنانچہ مردوں میں اس سے جلنے والی کا قیلہ مائیکہ کیسے بن جاتا ہے اور عورتوں میں رباط مستدیر کا قیلہ مائیکہ۔

(۵) گاہے افضیہ مائیکہ (ملفاویہ) بے قاعدہ طور پر بڑھ کر اکیا سس بنا دیتی ہیں۔ چنانچہ گردن کا سٹو مائیکہ کیسے مثلاً دراصل ایک غلطی کہنی (رہنہ) تندرستی (ملفاویہ) ہے۔

(۶) وہ اکیا س جو اصلی فضاؤں کے پھیلنے سے بنتے ہیں

اکیا س افرازیہ (اکیا س ارتشاحیہ) ان تجاویف کے پھیلنے سے بنتے ہیں، جن میں کوئی نامی (جراحی افرازیہ) نہیں ہوتی، یہ عموماً التهاب روم حار کی وجہ سے بھو کرتا ہے۔ ان جو فوں کے اندر یا بشرہ کا استر ہوتا ہے یا بنتا دکا۔ اکیا س بشریہ کی مثالیں دقتیلیاں ہیں جو غنہ و رقیہ میں بنتی ہیں، نیزہ حالات جو نظام عصبی کے جراحی مرکز ہی کے پھیلنے سے لاحق ہوتے ہیں (صلب شقوق انبوی)، اسی طرح ان میں وہ اکیا س بھی شامل ہیں،

۱۔ اسپرے ٹک کارڈ	۲۔ اکا ممدو
۳۔ ان سٹڈ ہائڈروسیل	۴۔ اگز وڈیشن سسٹ
۵۔ مے ٹک اسپیر	۶۔ اپی تھلیم
۷۔ سسٹ ہائڈروما	۸۔ انڈو تھلیم
۹۔ مین جی اکتے سس ولفی کین جینیٹل	۱۰۔ سنٹرل کینال
۱۱۔ کیورٹس (عروق مائیکہ) (عروق جاذبہ)	۱۲۔ سترگو مائی (وسیل دستقار غائی)

جو خصیۃ الرحم میں حویصلات بیضہ کے پھیلنے سے بنتے ہیں۔
 رہے وہ اکیاس جنکے اندر ربطانہ کا استر ہوتا ہے، انکی تعداد بہت زیادہ
 چنانچہ اکیاس زلالیہ رفاصل کے اکیاس کا بڑا جانا، قیلہ مائیہ لٹاؤ غیریہ کا
 قیلہ مائیہ زائدہ سر یہ کا، اور غرقہ کی بعض قسمیں اسی قسم کے اکیاس میں۔
 جوڑوں کی انشیہ زلالیہ کے اجر بہ تنقیہ رفق کی تمبلیاں، جو ان مفصلی تمبلیوں
 سے ادھر آتے ہیں اسی نوع میں شامل ہیں۔

کیٹش مصلیٰ کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ یہ افسنیہ مائیہ المظاہرہ
 کے پھیلنے سے بنتا ہے، جسکے اندر ایک یا زیادہ جوت رجیب، مونسے ہیں۔
 اسکے اندر ربطانہ کا استر ہوتا ہے۔ اور یہ ایک صاف تیشی رنگ کی رطوبت سے
 بھرا رہتا ہے۔ یہ اکثر اوقات گردن، بغل، اور چھاتیوں میں نظر آتا ہے۔
 نوخر الذکر صورت میں یہ گاسے ایک سخت، اور کثیف یعنی ساخت سے گدا
 رہتا ہے۔ اسے ایک قسم کا شعلہ عروقیہ مائیہ کہتے ہیں سمجھا جاتا ہے۔
اکیاس اتفاقیہ تکرار خراش و ہجان کا نتیجہ ہوتے ہیں۔
 جب کسی اصلی (موجودہ) تجویف میں خون جھٹ ہو جاتا ہے
 تو اس سے **کیٹش الانکاب** پیدا ہوتا ہے۔ اس قسم کا کیس کھانسی

۱۰ گریس فین فایکلز	۱۱ سیرس سٹ
۱۲ انلارج منٹ آف بی	۱۳ لفٹیک اسپینر
۱۴ ہڈیوں کی آندھی ٹیونیکا و جائے غلیس	۱۵ اسٹرا و کلر و فلویڈ رتین بھوسا
۱۶ گنگیا	۱۷ کیورنس مین جیروما
۱۸ ڈی وری ٹیولا ہرنیل پروٹرویز (انکو)	۱۹ ایڈونٹیشس بی
۲۰ اکیاس بیکر دیکرس سسٹنر کہا جاتا ہے۔	۲۱ ایڈونٹیشس رانک فیم ۷۷ کا

مانہ (جو جن) میں یا خیمہ کے طبقہ غدیر میں (تھیلہ دوسری) دیکھا جاتا ہے، ہلی ہذا یہ گاہے دماغ کی سطح پر ملتا ہے، جو کیس عنکبوتی بناتا ہے۔

(ج) اکیاس عم الاحساس (احساس - بند ہو جانا) اُس وقت پیدا ہوتے ہیں جبکہ کسی گٹھی کی نالی بند ہو جاتی ہے، اور اسکی طبعی رطوبت افزائی بننے سے رک جاتی ہے۔ اس قسم کے اکیاس کے اندر بشرہ کا استر ہوتا ہے؛ اور چونکہ تناؤ (توتر) کے باعث ان میں ہیجان لاحق ہوتا ہے، اسلئے انکے باہر کی طرف مختلف دبازت کی یعنی مذہبی (التحامی) دیوار پیدا ہو جاتی ہے، ان تھیلوں کے اندر، علی الخصوص چھاتیوں میں بعض اوقات نئی پسید اور کی چیزیں (تولدات) داخل الکیس) ہوتی ہیں؛ در انحالیکہ ان کے مشمولات ہی ہوئی رطوبت پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گاہے خون آمیز ہوتی ہے۔

اکیاس احساسیہ ہر ایک غذائی ساخت میں پیدا ہو سکتے ہیں۔ مزید تفصیل اکیاس ثدی، اکیاس گردہ، اور اکیاس بانقراس وغیرہ کے ذیل میں آئیگی۔

(۳) اکیاس جدیدہ (حدیثہ)

وہ اکیاس ہیں، جو نہ جنینی حالت سے بنتے ہیں، اور نہ کسی اصلی درجہ (تجلیف) کے پھیلنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کو ذیل کے انواع میں

۱۵ اری ٹیشن	۱۵ پوس
۱۶ فائبروسی کیٹ ریشل	۱۶ پی ٹوسیل
۱۷ انٹراسٹیک گردہ خنز	۱۷ ارکنا ٹسٹ
	۱۸ ری ٹنشن مشنر

بیان کیا جاسکتا ہے۔

(الف) اکیاس^۱ الغرس^۲ اس وقت پیدا ہوتے ہیں جبکہ اتقاناً^۳ خلا یا بشریہ جلد کے نیچے کی، یا غشار مخاطی کے نیچے کی ساخت میں داخل ہو جائیں، اور وہاں اپنی قوت حیات کو قائم رکھیں، اور اس قابل ہوں کہ وہاں جلدی کیس کے مشابہ تسلی کی شکل اختیار کر لیں؛ ممکن ہے کہ اسے کیس^۴ جلدی اکتسابی یا عارضی (رضنی) شمار کیا جائے۔ خلا یا بشریہ اس قسم کی ساختوں میں اس وقت داخل ہو جاتے ہیں، جبکہ کوئی آفت^۵ (جراثیم) پہنچی ہو؛ چنانچہ جراحات و خزیہ (چھدا ہوا زخم) کے بعد بعض اوقات یہ صورت پیدا ہو جاتی ہے؛ اس قسم کے اکیاس اکثر اوقات انگلیوں میں، یا ہتھیلی میں، کسی تیز آگ سے چھد جانے کے بعد نمایاں ہوتے ہیں؛ علیٰ ہذا بعض اوقات اسی قسم کے اکیاس آنکھ کے خزانہ مقدسہ میں کشط عنبیہ کی عملیت کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کے تشخیصی علامات اکیاس جلدیہ کے مانند ہوتے ہیں، اور اسی طرح علاج بھی۔

(ب) بعض اوقات اجسام غریبہ کے گرد غلاف بن جاتا ہے، اور اس طرح اس سے اکیاس بن جاتے ہیں۔ ان کے اندر ازراہ بحیثیت

۱۔ اسپلان ٹیشن سے ڈغرس کا ٹپا	۲۔ انیسٹریہ چیمبر
۳۔ ایکراٹروڈرماٹریا، ٹراؤمے ملک ڈراماٹ	۴۔ آئری ڈکٹومی (کشط قرحی) طبقہ عنبیہ
۵۔ اکتسابی۔ حاصل کردہ۔ عارضی۔ جو جراثیم وغیرہ سے پیدا ہوا ہو	۶۔ کاٹا کر اسکا کوئی حصہ علیحدہ کر لینا۔
۷۔ انگری	۸۔ فارن باؤنڈ
۹۔ چنکے باؤنڈ	۱۰۔ گرنے نیویشن ٹشو (انگو زخم)

راریکہ البحر) یا بطنانہ کا استر ہوتا ہے؛ جبکہ اوپر بیج نشینی (التحای) کا کم و بیش غلات پایا جاتا ہے۔

(ج) اکیاس کھ دمو یہ (خونی تھیلیاں) کی پیدائش مختلف طور پر ہوا کرتی ہے۔ بعض اکیاس اس طرح بنتے ہیں کہ عروق سے باہر خون کا انصباب ہوتا ہے، اس قسم کے اکیاس بعض اوقات منعدنوں سے بھرے ہوئے ہوتے ہیں، اور بعض اوقات رقیق رطوبت مصلیہ سے، جس کے اندر کم و بیش لیٹین کی مقدار پائی جاتی ہے، اور اس لیٹین کے ساتھ رقیق صفارح (باریک طبقات) ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اکیاس دمو یہ دراصل نرم سلعات بھیجے ہوتے ہیں، جبکہ اندر اتفاقاً جریان خون واقع ہوتا ہے لیکن ایسے حالات بہت کم ملتے ہیں، بن میں رقیق دیوار سے گھری ہوئی کوئی تجولیف ہو جس میں خون بھرا ہوا ہو، اور یہ خون عمل برل سے خارج ہونے کے بعد پھر دوبارہ جلد ہی لوٹ آئے، اور کسی نئی پیداوار سے کوئی علاقہ نہ ہو۔ اس قسم کے حالات جب ملتے ہیں، تو وہ ذیادہ تر گردن میں پائے جاتے ہیں۔

(د) اکیاس کھ طفیلیہ (کیڑوں کی تھیلیاں) وہ تھیلیاں ہیں جو زندہ کائنات (اجسام حئیہ) کے نمو و افزائش کی تحریک و ہيجان سے (جو کسی ساخت کے اندر بڑھنے لگتے ہیں) پیدا ہو جاتی ہیں۔ مثلاً مرض دودہ شعریہ

۵۵ فائبرین	۵۵ انڈوفیلیم
۵۶ ٹیپنگ	۵۶ فائبروس کیٹ ریشل ٹشو
۵۷ پیرسانی ٹک سٹنر (کیڑوں کی تھیلیاں)	۵۷ بلڈ سٹنر
۵۸ ٹری کی نو سٹس	۵۸ سیرس فلوٹ

تصویر (۱۰)

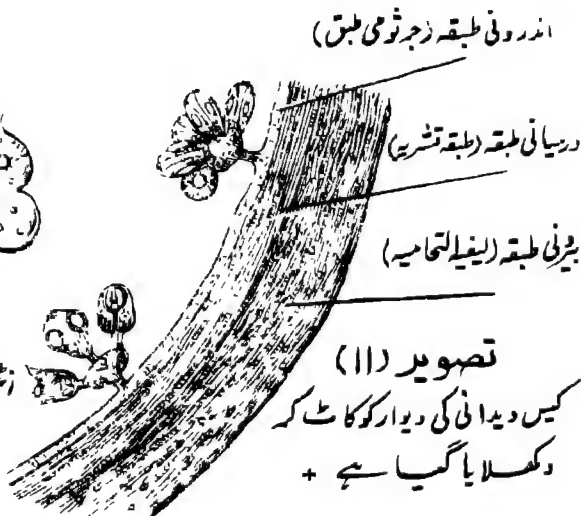
دودہ تَغْذِیَّہ (قرعہ تغذیہ
کردیہ) (تقریباً بیس گنا بڑا
کر کے دکھایا گیا ہے) +



طیاقیہ، دیکھا گیا ہے



بج



اندرونی طبقہ (چرٹومی طبق)

دریائی طبقہ (طبقہ تشریہ)

بیرونی طبقہ (بیضیہ الحامیہ)

تصویر (۱۱)

کیس دیدانی کی دیوار کو کاٹ کر
دکھلایا گیا ہے +

(بال جیسے کیڑے کا مرض) میں، جو سور کے خراب گوشت کے کھانے سے پیدا ہو جاتا ہے، شعرطہ کلزونیہ نامی کیڑا (جو ایک چھوٹا سا گول کیڑا ہے) ارادی عضلات کے اندر بے شمار تعداد میں بڑھنے لگتا ہے؛ اور اسکے گرد ایک فیلی (غلان) بن جاتی ہے، جو گاہے متحجر (متکلس) ہو جاتی ہے۔

اکیس طفیلیہ میں سے سب سے زیادہ اہم قسم وہ ہے جو دودہ تغذیہ (کروہ تغذیہ) کے سر (درجہ ابتدائی) درجہ دودیت کے جسم کے اندر بڑھنے سے پیدا ہوتی ہے، جسکو **کیس ویدانی** (کیس دودی) کہا جاتا ہے۔ یہ مرض ملک آسٹریلیا میں زیادہ عام ہے۔

دودہ تغذیہ (قرعہ تغذیہ کروہ) ایک باریک اور چھوٹا سا حسب القرع (کدو دان) ہے، جسکی لمبائی نصف قیراط سے زیادہ نہیں ہوتی، اور یہ گتوں کی آنتوں میں رہتا ہے، یہ کیڑا تین ملکڑوں (حصوں) پر مشتمل ہوتا ہے؛ جن میں سے پھپھلا حصہ سب میں بڑا ہوتا ہے، اور اسی کے اندر اس کے آلات تناسلیہ ہوتے ہیں، جب کیڑا کامل النمو (بالغ) ہوتا ہے، تو اسی اخیر حصے کے اندر اسکے انڈے بھرے ہوتے ہیں، جو اس سے خارج ہوتے رہتے ہیں؛ اور پھر یہ انسان کے معدہ میں پانی یا کسی ترکاری اور سبزی کے ذریعہ جبکہ یہ چیزیں گتے کے براز سے متلوٹ ہو جائیں) داخل ہو جاتے ہیں، انسان کے معدہ میں عمل معنم کی تاثیر سے ان کے جنین انڈوں سے باہر نکل آتے ہیں، ان کے سر پہ

۱۔ ٹیڈی کینا اسپارلیس

۲۔ ٹینیا اکی نو کوکس (قرعہ تغذیہ کروہ)

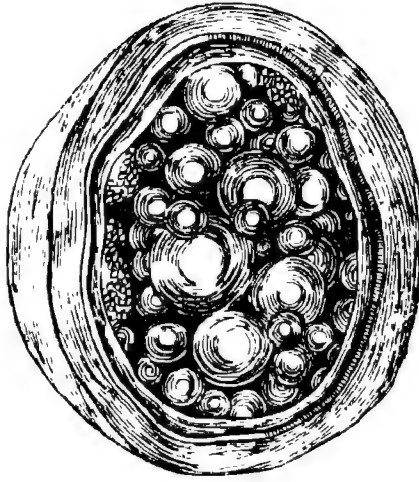
۳۔ ٹیپ دارم

۴۔ اسکوٹکس اسٹیج +

چھوٹے چھوٹے کانٹوں و خطا طیف۔ کلاسیب کا ایک تاج ہوتا ہے، اور کلاسیب
 بمصنعات ہوتے ہیں۔ اسی تاج اور مصات کے ذریعہ یہ جنین معدہ کی
 دیواروں کو چھید کر، اور رگوں میں داخل ہو کر جگر یا بدن کے کسی دوسرے
 حصے تک پہنچ جاتا ہے؛ جہاں اسکے بیجان و خراش کے باعث ایک
 تھیلی بن جاتی ہے، جس کے تین طبقات ہوتے ہیں، بیرونی طبقہ لیٹھی
 التھامی ہوتا ہے۔ درمیانی طبقہ مادہ غمدیہ (مادہ قشریہ) کے مصانع
 (طبقات) سے مرکبات ہوتا ہے، جس سے حشرات الارض کی جلد بنتی ہے؛
 اور اندرونی طبقہ مادہ حیات کا جراثیمی طبق ہوتا ہے۔ جس میں دودھ
 تغذیہ کے سر یا جنین پر درش پاتے ہیں۔ جس میں چار مصات اور
 کانٹوں کا ایک تاج ہوتا ہے۔ اس قسم کے اکیاس زیادہ تر جگر، گردہ
 اور دماغ میں ہوتے ہیں، اور بعض اوقات دوسرے مقامات پر بھی دیکھے
 گئے ہیں۔ بعض اوقات جگر میں، اور اکثر اوقات بڈیوں میں بیک وقت
 چند تھیلیاں ایک دوسرے سے بالکل الگ الگ پیدا ہو جاتی ہیں جن
 میں وہ دیوار نہیں ہوتی، جو عموماً ہوا کرتی ہے۔ ایسا اُس وقت ہوتا ہے
 جبکہ درمیانی طبقہ رقیق ہوتا ہے۔ جس میں یہ رُوس رکیزوں کے سرے
 (جنین) پھاڑ کر ارد گرد کی ساختوں میں نفوذ کرتے ہیں۔

اکیاس دیدانیہ سے سوائے اُن علامات و عوارض کے جو انکے
 حجم اور مقام کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، اور کسی قسم کے مخصوص عوارض

لہ ہک	لہ جی ٹی ٹیس سٹیریل
لہ جو سننے کے آلات (سکڑس)	لہ جرمی نل لہ
لہ فائبرو سیکیٹ ریشل لہ	لہ اسکول لہ



تصویر (۱۲)

کیس دیرانی، جس میں حویصلات البنات دکھلائی گئی
 ہیں، اور اس کے اندر وئی طبقہ کے پاس حویصلات
 فرخہ (بروڈ سٹرن) جزیع یا اندے کے مانند ہیں +

نہیں پیدا ہوتے۔ ان میں بڑھنے کی قابلیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ حتیٰ کہ بعض اوقات دیگر عوارض نمودار ہونے، یا اسکے حجم کے بہت بڑے ہو جانے کی وجہ سے عمل جراحی کی ضرورت پیش آ جاتی ہے، بعض اوقات یہ قیلی خود بخود یا کسی ضرب (آفت) کی وجہ سے پھٹ جاتی ہے، جب اس ٹنژن (تشنج) کا اتفاق کسی مائی تجولیف (تجولیف مصلی) میں، مثلاً جوف صفاف، یا جوف عدید میں ہوتا ہے، تو ساری تجولیف لوٹ ہو جاتی ہے، بہت سے دوسرے اعضاء تھیلیاں بن جاتی ہیں، اور کافی دور تک مقامی التهاب پیدا ہو جاتا ہے؛ مزید براں گاہے رطوبت کیسی کے انصباب و امتصاص (انجذاب) سے شدید نغم دم لاحق ہو جاتا ہے؛ در نہ کم از کم شری ریتی (نمایاں ہو جاتا جو، کیونکہ اس رطوبت کے اندر کچھ بھی مواد ضرور ہوتے ہیں۔

اتفاقاً ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ کائن (جبد) خود بخود مر جاتا ہے اور قیلی سکڑ جاتی ہے؛ اور اس قیلی کی وہ دیواریں جو صفارح سے مرکب ہوتی ہیں، اور اس کی توصیلات البناات ایک سخت جلد سی گشتہ بنتی ہیں، جس میں گاہے چرنے کے نکلیات بھی مترشح ہو جاتے ہیں، اور اس کا قوام گیلی مٹی کا سا ہو جاتا ہے، اور سب کے اوپر ایک سخت لہنی الحامی غلاف محیط ہو جاتا ہے۔ علی ہذا بعض اوقات قیلی کے اندر تقحج لاحق ہو جاتا ہے، اور خراج (پھوڑا) بن جاتا ہے، چنانچہ خراج اگر حاد ہوتا ہے، تو گاہے یہ باہر کی طرف پھوٹ پڑتا ہے، اور گاہے کسی انی تجولیف کی طرف، یا جوفدار اشار کی طرف؛ چنانچہ اخیر صورت میں گاہے قیلی پورے

لے ڈاڑھ سٹنر وہ چھوٹی تھیلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔

جو کسی بڑی قیلی کے اندر اسکی دیواروں کے لے لیدری ماس

نور پہ خالی ہو جاتی ہے، اور خود بخود شفا رکلی حاصل ہو جاتی ہے، علیٰ ہذا خراج گاہے مفر من صورت اختیار کر لیتا ہے، اور اسکے گرد ایک غلاف بن جاتا ہے؛ چنانچہ اس صورت میں گاہے یہ پھوڑا مدت ہائے دراز (سالہا سال) تک اسی طرح پُرسکون و خاموش پڑا رہتا ہے۔

جگر کے اکیاس دیدانیہ کی تشخیص اور اسکا علاج امراض جگر میں آنے والا ہے۔ لیکن اگر اکیاس دیدانیہ دوسرے اعضاء میں ہو تو استفراغ و تفسیہ (افراج مواد) کی طرف متوجہ ہو جائیں، بشرطیکہ ان اکیاس کا کلی استعمال (علیت سے نکال ڈالنا) ناممکن ہو، یا عمل امتصاص (عمل ہزل) کیا جائے کیونکہ یہ دیکھ گیا ہے کہ اندرونی رطوبت کے نکلنے سے وہ کائن رکھڑا، مرجاتا ہے، جسکی وجہ غالباً یہ ہے کہ اندرونی تو تر (تناؤ) اس سے بدل جاتا ہے۔

(۴) فساد و استحالة کی اکیاس

اس قسم کے اکیاس رسولیوں میں بن جاتے ہیں، علیٰ الخصوص جبکہ دوسری غذا کافی نہ ہو، چنانچہ فساد و تحاقلی (استحالة بلغمیہ) سلعات بلغمیہ، لیفیمہ عضلیہ، خضرونیہ اور سرطان سلب (سخت) کے بعض اقسام میں نادر الوقوع نہیں ہے۔ بعض اوقات سلعات لحمیہ میں اسی وجہ سے اکیاس بن جاتے ہیں، لیکن عام طور پر یہ نزق (جریان خون) کا نتیجہ ہوا کرتے ہیں +

۱۵ اسپانی ریش	۱۵ فامبروما +
۱۶ ڈی جنریشن سسٹمز +	۱۶ ہائپر وائی اوما +
۱۷ میو کاڈ ڈی جنریشن +	۱۷ کانڈروما +

باب ششم

جروح (جراحات)

زخم

جرح (جراحات) کی تعریف اس طرح کی جاتی ہے کہ وہ قوی تفرق اتصال ہے، جو بدنی ساختوں میں کسی جگہ لاحق ہو؛ لیکن اس لفظ کا استعمال عموماً اس تفرق اتصال کے لئے محدود کیا جاتا ہے، جو نرم ساختوں میں لاحق ہو، اور اسکے ساتھ جلد یا اغشیہ مخاطیہ ناف ہو جائیں۔ لیکن جن اصابات (آفات) میں جلد شریک نہیں ہوتی ہے، اور نہ عظام و رابطہ وغیرہ جیسی گہری ساختیں، انہیں رَضْوُض رَضْن کچل جانا، کہا جاتا ہے۔

رَضْن (کدم)

رَضْن جلد کے نیچے کی وہ جراحات یا آفت ہے، جو بیرونی صدمہ سے پیدا ہوتی ہے، اور جس سے نیچے خُلوئی بھٹ جاتی ہے، مگر یہ ضروری نہیں

لے اونڈ (جرح کی جگہ) بسروح ہے۔ جسے کُوم بھی کہا جاتا ہے)

لے کن ٹیوٹرن

ہے کہ گہری ساختیں، مثلاً عضلات، اوتار، اعصاب، پاڈیاں اس سے
 ماؤف ہوں۔ رص کی علامتیں عموماً واضح اور نمایاں ہوتی ہیں، جو یہ ہیں
 درد انصباب خون کی وجہ سے جلد کی رنگت کا تبدیل ہو جانا (قرقوت، کبکیت)
 سو جن (ورم یا انتفاخ) کا نمودار ہونا، یہ علامتیں اس وجہ سے پیدا
 ہوتی ہیں کہ جلد کے نیچے کی ساختیں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ ~~ان سے~~ اتصال
 حاصل ہوتا ہے، اور جلد سے جدا ہو جاتی ہیں، بشرطیکہ آفت قوی ہو۔ جلد
 کی رنگت کی تبدیلی (قروت) مختلف ہوتی ہے، اور اس اختلاف کا دارو و
 آفت رسیدہ عضو اور شدت آفت کی نوعیت پر ہوتا ہے؛ چنانچہ پپٹوں
 صفن (رکیہ نصیر) اور فرج میں چونکہ نرم ساختیں زیادہ ہوتی ہیں، اسلئے
 ان مقامات پر انصباب خون شدید ہوتا ہے، اور یہاں کی جلد سیاہ ہو جاتی
 ہے۔ برعکس اسکے کھوپڑی میں سو جن (انتفاخ) بہت تھوڑا ہوتا ہے، بشرطیکہ
 عضو نہ بڑھ رہا ہو۔ جبکہ کے وتر عریض کے نیچے جریان خون نہ ہو، نیز خون کے جریان
 سے، ریشہ کی عمومی بدنی صحت کو بھی دخل ہے؛ چنانچہ قوی انسان میں، جبکی
 صحت اچھی ہو، انصباب خون اور قروت کا ظہور بمقابلہ ایسے شخص کے کم ہوتا
 ہے۔ جبکی صحت خراب ہو، اور جس کے بدن کی ساختیں ڈھیلی ہوں۔ گاہے
 ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماؤف حصے کے اوپر رص کے بعد، علی الخصوص وقوع
 کسر کی صورتوں میں، آبلے اور پانی کے دانے پیدا ہو جاتے ہیں، جلد کی رنگت
 میں جو تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں، وہ مشہور و معروف ہیں؛ چنانچہ قرقلی سیاہ
 رنگ بدل کر مہرہ را ہو جاتا ہے، پھر سبز، اور پھر زرد ہو جاتا ہے، جو بالآخر

۱۵ ابائی نیوروس

۱۵ قرقلی-لونگ

۱۵ بروز

۱۵ آکسی پٹو فرائے لس

تدریجاً غائب ہو جاتا ہے، اور جلد اپنی طبعی حالت پر لوٹ آتی ہے؛ یہ صورت اس وجہ سے واقع ہوتی ہے کہ خون کے سرخ دانے ٹوٹ کر منحل ہو جاتے ہیں، اور ساختیں اس حمیت دموئہ سے متلون ہو جاتی ہیں، جو اس طریقہ سے رانحلال کريات دموئہ سے آزاد ہوتی ہے، یا ان مرکبات (مختصات) سے رنگین ہو جاتی ہیں، جو اسکے ازالہ کے وقت بنتے ہیں۔ جب جریان خون گہرائی میں ہوتا ہے، یا کسی دبیر صفاق (دتر علیض) کے نیچے تو عموماً جلد کی بد رنگی (قدرت) چند روز کے بعد ظاہر ہوتی ہے، اور لگا ہے باؤن عضو سے فاصلہ پر نمایاں ہوتی ہے؛ مثلاً لگا ہے چوٹ کھوپڑی پر لگتی ہے، اور قدرت پپوٹوں میں نمایاں ہوتی ہے؛ علیٰ ہذا لگا ہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ نرینی خون بمقتضائے کشش نقل عضلی اور دتری (صفاقی) سطوں پر ہوتا ہوا دور چلا جاتا ہے۔

سلعہ دموئہ: قدرت میں عموماً یہی ہوتا ہے کہ ساختیں رطوبات و دتر سے سبزل دتر) ہو جاتی ہیں، لیکن لگا ہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ رطوبات دموئہ کسی ایک تجویف میں رجو ساختوں کے تفرق سے بنتی ہے) اکٹھی ہوتی ہیں، اور وہاں ایک رسولی سی بن جاتی ہے (یا وہاں سیال رطوبت سے بھری ہوئی سوجن نمودار ہو جاتی ہے) جسکو سلعہ دموئہ یا کیس دموئہ کہا جاتا ہے۔ اسکا لمس خراج (بھوڑے) سے مشابہ ہوتا ہے؛ لیکن اس سے لحاظ اپنی تاریخ پیدائش کے مختلف ہوتا ہے، نیز اس کا طاس بھی یہ خراج سے مختلف ہوتا ہے کہ یہ کسی آفت (سرب) کے بعد فوراً پیدا ہوتا ہے، اور اسکے ظہور کے وقت نہ سخت (دگری) ہوتی ہے، اور نہ التهاب کی دوسری

لہ خون رسولی دسی لڑا)

لہ خون کی خلی (بکوسٹ)

علامتیں نمودار ہوتی ہیں؛ علاوہ ازیں یہ اگرچہ ابتداء میں سیال اور نرم محسوس ہوتا ہے، لیکن تھوڑی دیر میں یہ سخت ہو جاتا ہے، اور انخانیکہ خراج اولاً سخت ہوتا ہے، اور اسکے بعد نرم ہو جاتا ہے۔ سلعہ دمیہ کا مستقبل حالات کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتا ہے،

(الف) چنانچہ گاہے محیط کے پاس یقیناً کٹھی ہو جاتی ہے، اور وسطی حصہ کچھ عرصہ کے لئے نرم و سیال ہوتا ہے، جو تدریجاً غائب ہو جاتا ہے، اور سارا اور دم جذب و تحلیل ہو جاتا ہے، اسکی بہترین مثال وہ سلعہ دمیہ ہے جو جھوڑ کھوڑی، کی غشا، عظمی کے نیچے پیدا ہو جاتا ہے؛ جہاں محیط کے محور یقینی اور مرکزی رطوبت کے درمیان اختلاف عظیم ہوتا ہے، چنانچہ مرکزی رطوبت کے مقام میں اسقدر نرمی ہوتی ہے کہ یہاں سے کھوڑی کی بڑی محسوس ہو سکتی ہے؛ اسلئے ایسی حالت میں بعض اوقات کسرت خفیف (کسرت مضبوط) کا شبہ ہوتا ہے۔

(ب) بعض اوقات خون کا سیال حصہ تقریباً سارا جذب ہو جاتا ہے، اور ٹھوس یقینی ترا سب سخت سلعہ یقینیہ میں تبدیل ہو جاتا ہے، جو رمل نہیں ہوتا، نیز یہ رسولی کم و بیش طبقات و صفائح سے مرکب ہوتی ہے، جو ایک دوسرے پر سوار ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات یہ رنگین ہوتی ہے۔

(ج) بعض اوقات یقین پورے طور پر جذب ہو جاتی ہے، اور ایک یقینی غلاف باقی رہ جاتا ہے، جو خفیف طور پر رنگین ہوتا، اور اس غلاف کے اندر رطوبت ہوتی ہے، جس سے یہ کیس بن جاتا ہے، یہ زیادہ تردد مایع کی

سلہ فائبریں نس رسی ڈرام

سلہ فائبریں

سلہ ڈپر سلفر کچر

جھلیوں میں دیکھا جاتا ہے رکیس عنکبوتی)۔

(د) گاسنہ اس میں عددی ذاتیہ سے پیپ پڑ جاتی ہے (تفج)، یا یہ کہ جلدی خراش کے باعث بیرونی جراثیم اس میں پہنچ جاتے ہیں۔

آفات زیر جلد کے تعلق شدت و خفت کا حکم لگانے کے لئے یہ دیکھنا چاہئے کہ کس قسم کی راہم یا غیر راہم سانسٹیاں ماؤں ہوتی ہیں، کتنی دور تک آفت ہے، انصباب خون کی مقدار کیا ہے، مریض کی عمر کیا ہے، اور اس کی قوت حیوانیہ اور بدنی صحت کیسی ہے۔ چنانچہ غیر شدید حالات میں، خواہ قروت شدید ہو، شفا ہو جاتی ہے؛ لیکن اگر حالات مناسب نہ ہوں، تو بصل و قات ماؤں ساختوں میں غائلہ فرانا ہو جاتا ہے، اور یہ مردہ ہو جاتی ہیں۔

علاج :- عموماً اسکا علاج دو باتوں پر مشتمل ہوتا ہے، (۱) ماؤں عضو کو آرام سے رکھا جائے۔ (۲) وضعیات بارہ یا متجزئہ (ٹنڈی یا اڑنے والی چیزیں) استعمال کئے جائیں۔ اگر انصباب خون کو کم کرنے کی ضرورت محسوس ہو، اور شخص ماؤں کو آفت کے بعد جلد ہی دیکھنے کا اتفاق ہو تو اس حصہ بدن پر روئی کی گدی رکھ کر زور سے پٹی باندھ دی جائے، لیکن دیرینہ صورتوں میں ضرورت اس امر کی ہوتی ہے کہ انجذاب خون کو تیز کیا جائے، اسکے لئے دھک (مالش) مفید چیز ہے۔ شدید حالات میں، جبکہ آبلے اور آبی دانے نمودار ہو گئے ہوں، یا جبکہ جلد کے گل جانے کا اندیشہ ہو، یہ ضروری ہے کہ جلد کو دھوا جائے، اور اسکو پاک کیا جائے، اور اگر ضرورت ہو تو اسے پاک (مُعَقِّم) پٹی سے پٹیا جائے۔ اگر سلعہ دمویہ میں تناؤ اور درد زیادہ

۱۵۰ آرکنا بڈاسٹ

۱۵۱ کولڈ اپلی کیشنز (یا) ایوے پورے

۱۵۲ آؤٹ انفکشن

۱۵۳ ٹنگ اپلی کیشنز

ہو، جیسا کہ اس وقت ہوتا ہے، جبکہ یہ ران کے لفافہ عریضہ کے نیچے وقوع پذیر ہوتا ہے، تو تعجیل شفاء اور تخفیف درد کے لئے بزل کا عمل پوری پاکی و صفائی کے ساتھ کیا جائے بزل طاہر بزل غیر عفونی، یعنی آلہ مصاصتہ سے چھید کر اندر سے خون کو نکال لیا جائے، اسکے بعد با احتیاط تمام اس حصہ پر دباؤ ڈالا جائے۔ اگر مریض کے گرنے کی وجہ سے، یا کسی بڑی ضرب سے عام بدن میں قوت لاحق ہو جائے، تو تخفیف درد کے لئے گرم کما دھت یا گرم حمام استعمال کیا جائے۔

عموماً اسکے ساتھ چند روز تک بخار اور بدنی اضطراب (بے چینی) رہتا ہے، جبکہ علاج یہ ہے کہ مسہلات استعمال کئے جائیں، اور غذا میں مناسب کمی کی جائے۔

خونی رسولی میں عفونت کے جراثیم خوب نشو و نما پاتے ہیں۔ اور جراثیم کی افزائش کے لئے یہ ایک عمدہ زمین ہے + اگر اتفاقاً اس میں عفونت پیدا ہو جائے۔ تو رسولی کو فوراً نشتر سے اچھی طرح چیر کر مراد سے بخوبی خالی کر دینا چاہئے +

جراثیمات و ضحہ (جروح مفتوحہ)

جروح مفتوحہ یا جراثیمات و ضحہ، وہ تفرق اتصال میں جو صہم کے

کسی سطحی حصہ میں ہوں، یعنی وہ جلد یا غشاء مخاطی میں ہوں۔

۱۵ اسپالی ریٹر

۱۵ نومن ٹے شتر

۱۵ ادین اوڈز

۱۵ فیشا لیتا

۱۵ پیکر

۱۵ اسپ ٹمک پیکر

جراحات واضحہ دکھلے زخم کی مختلف قسمیں ہیں۔

- (۱) جروح قطعیہ یعنی صان کئے ہوئے زخم (قطع۔ کٹ جانا)
 - (۲) جروح وخرزیہ یعنی جھدے ہوئے زخم (دخزہ کڑ جانا۔ سورخ ہونا)
 - (۳) جروح مرقیہ یعنی پھٹے ہوئے زخم (مروق۔ پھٹنا)
 - (۴) جروح رصیہ، یعنی کچلے ہوئے زخم (رص۔ کچل جانا)
 - (۵) جروح سمیہ (ذہریلے زخم) مثلاً ذہریلے جانوروں کے دوسرے زخم۔
 - (۶) جروح ناریہ یا بارودیہ یعنی بندوق کی گولی وغیرہ کے زخم۔
- لیکن بڑا فرق اور اہم امتیاز وہ ہے جو جروح لموٹے (جروح عفونیہ) اور غیر لموٹے (غیر عفونیہ) کے مابین ہوتا ہے (قسم اول میں جراثیم ہوتے ہیں، اور قسم دوم میں انکا دخل نہیں ہوتا)۔

(۱) جروح قطعہ، یعنی کٹے ہوئے زخموں کی بہترین مثال: دھڑا
ہیں جو جراح اپنی دستکاری میں نشتر سے کاٹ کر بناتے ہیں۔ یہ عموماً
تیز اور کاٹنے والے آلات سے پیدا ہوتا ہے، اگرچہ بعض اوقات دوسرے
حالات میں ایسے زخم پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسے زخموں میں درد کافی ہوتا
اور ان سے سیلان خون (نزف) خوب ہوتا ہے۔ اور ان کے کنارے
(زخم کے لب) کھلے ہوئے ہوتے ہیں۔ اسی وجہ سے ان کو جروح فاغہ

۱۔ گن شاٹ اونڈز	۲۔ انسائزڈ اونڈز
۳۔ انفکٹڈ اونڈز	۴۔ پیکچرڈ اونڈز
۵۔ نر انفکٹڈ اونڈز	۶۔ سی ریٹڈ اونڈز
۷۔ گیکنگ اونڈز	۸۔ کنٹریڈ اونڈز
	۹۔ پرائزڈ اونڈز

رنگینے منہ کے زخم) کہتے ہیں (فخر منہ کھولنا) نیز ان کے دھاشی کچلے ہوئے نہیں ہوتے۔

جروح قطعہ کے خصوصی علاج سے پہلے جراحات (زخموں) کا عام اصول علاج بیان کیا جاتا ہے +

اصول علاج زخم (جرح) خواہ اتنا قافیہ جلد کی کھال سے پیدا ہو جائے۔ خواہ جرح کی دستکاری سے اسب کا اصول علاج بھی ہے کہ اس زخم کو عفونت (جراثیم کی آلودگی) سے بچایا جائے اور حتی الامکان یہ کوشش کی جائے کہ اس زخم میں باہر سے کوئی ایسی چیز نہ پہنچے پاسے جسکے ساتھ خارجی جراثیم زخم تک پہنچ جائیں۔ تطہیر (پاک رکھنا) پاک کرنا، سے بھی مقصود ہوا کرتا ہے۔ جسکی انہوں جیکہ علم الجراثیم بہت بڑا باب کھل گیا ہے ازبردست اہمیت ہوا۔

جرح قطعہ کا علاج :- ان زخموں کے انتہام بقصد اول کے لئے ضروری ہے کہ ان کے علاج میں مندرجہ ذیل اہم امور کا لحاظ کیا جائے؛
۱۔ جریان خون (نزف) کا روکنا: عروق شعریہ کا جریان خون (نزف شعری) گاہے اپنے آپ بیرونی ہوا کے گلنے سے بند ہو جاتا ہے، اور گاہے صرف اسقدر کافی ہوتا ہے کہ صاف اور مہر اسفنج سے چند دقائق تک دبا دیا جائے۔ شریانی اور وریدی نزف کو روکنے کے لئے گاہے انکو بانوھا جاتا ہے (ربط)، گاہے ان پر دباؤ ڈالا جاتا ہے (مضغ)، چنانچہ جب جریان خون کا مرکز جلد سے قریب ہوتا ہے، تو خون کو روکنے کے لئے

۱۔ شرب

۱۔ سیٹنگ بالی فرسٹ ان انشن

۲۔ بیگیچر

۲۔ کپلری ہیمر

بڑے انخیاطہ (ٹانکے لگانے کی سوئی) مقام نزف میں گذاری جاتی ہے، جس سے جریان رگ جاتا ہے، اور گاہے لمبے شریانی سے کٹی ہوئی رگ کو بکڑا کر ل دیا جاتا ہے (التوار)۔ خون کو پورے طور پر بند کرنے کی اہمیت یہ ہے کہ ریشم کے نشہ و نما میں کمی آجائے، یا بالکل رگ حائے، بیساکہ پہلے بتا گیا جو (۲) زخم اور اسکے اجزاء مجاورہ کی تطہیر (صفائی)؛ اسکی ضرورت ان صورتوں میں نہیں پڑتی ہے، جن میں جلد کو دستکاری کے لئے پہلے سے پاک کر لیا جاتا ہے۔ لیکن وہ جراحتیں جو التافاً واقع ہوتی ہیں، انیس دم تلوث کا و ثوق نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ زخم خواہ مخواہ و صاف کٹا ہوا ہو لیکن بہر حال جلد سیلی (ملوث) ہوتی ہے، اور گاہے زخم کے اندر کپڑے کے اجزاء، میل، یا لکڑی اور شیشے کے ریزے چلے جاتے ہیں۔ ان حالات میں زخم اور اسکے ارد گرد کے اجزاء کو پورے طور پر حسب قواعد و اصول لم جراحتی پاک کیا جائے، اور باصتیاط تمام تلاش کر کے جراحت سے اجسام فریہ کو دور کیا جائے۔

جراحت کے ارد گرد اگر بال ہوں، تو انہیں مونڈ دینا چاہئے۔ اور مابن سے اچھی طرح دھونا چاہئے۔ اسکے بعد زخم کو اور اسکے گرد کی سطح کو نسول (رودھی سے خوب دھویا جائے، اور گرد کی جلد پر غسول بنفشین۔ یہ فیصدی (آیوڈین لوشن) کا طلا کرنا بھی کافی ہوتا ہے۔

بنفشین (آیوڈین) ۲ حصے

روح کر (کچی فاکٹا سپرٹ) ۱۰ حصے

۷۵ اسپرٹ لوشن

۷۵ سیوچر نیڈل

۷۵ آرٹری فارسیس

(۳) زخم کی دونوں متقابل سطحوں کو ٹانگہ سے ملانا: اس مقصد کے لئے مختلف چیزیں استعمال کی جاتی ہیں، مثلاً چاندی کے باریک تار (اسلاک دفعیہ)، حریر (ریشم)، گھوڑے کا بال، وتر دودھ ابریشم (ریشم کے کیڑے کا تانت)، اور بلی کا تانت (دتر ابرا)۔ گھوڑے کا بال اور وتر دودھ (ریشم کے کیڑے کا تانت) اتفاقی حادثات کے جراحات کے لئے، اور اُن مقامات کے جراحات کے لئے زیادہ مناسب ہیں، جہاں نشانِ زخم (دندہ) کا چھوٹا ہونا بہتر ہو، جیسے چہرہ، اسلئے کہ یہ دونوں چیزیں جذب نہیں ہوتی ہیں۔ لیکن معمولی عملیات میں، جہاں عدم تلوث کا گمان غالب ہو، اور جہاں علاج بعد از عملیات میسر ہو، باریک دتر ابرا در ریشم استعمال کئے جاتے ہیں۔

خیاطت کی تین بڑی قسمیں ہیں: (۱) خیاطت مخفیہ (دنونہ)۔

(۲) خیاطت غائرہ (۳) خیاطت سطحیہ۔

خیاطت مخفیہ (دنونہ) اندون بہت زیادہ مستعمل ہے، کیونکہ کما ہے جسم غریب بلا کسی خطرے کے ساختوں کے اندر رکھ دیا جاتا ہے، بڑی کدہ (جسم غریب اور جراحات دونوں پاک (غیر لوث) ہوں، خیاطت مخفیہ میں کس قسم کا دھاگہ استعمال کیا جائے؟ اس کا انتخاب اپنی غرض کے مطابق کرنا چاہئے، مثلاً یہ کہ وہ دھاگہ زالم رہے یا جذب ہو جائے، وہ حصہ جسے سینا منسلک رہے، اگر وہ زیادہ قوی نہ ہو، اور مقام زخم دندہ (تساؤ) کی وجہ

لے سلک دارم گٹ

لے گیت گٹ

لے پونڈ سیرج

لے فارن باڈی

سے مکمل کیا ہو، جیسا کہ شکم کی دیواروں میں اسکے چیرنے کے بعد ہو جاتا ہے تو ایسا مادہ (ڈورہ) استعمال کرنا چاہئے جو قابل انجذاب و امتصاص نہ ہو مثلاً ریشم یا وتر دودھ، کیونکہ مقام الخام میں ایسے ڈورے کی موجودگی سے ساخت کی کمزوری قوت سے بدل جاتی ہے۔ یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ اگر ٹانگوں کو زیادہ زور سے کسا جائیگا، تو ممکن ہے کہ وہ ساختیں جو ٹانگوں کے درمیان ہیں، گھٹ جائیں (اختناق)، اور ان میں کچھ دیر کے بعد پیپ پڑ جائے، خواہ بیرونی ملوث نہ ہونے پائے۔ دوسرے حالات میں بعض اوقات خیاطت مخفیہ کی غرض یہ ہے کہ ساختوں کو ملا کر کچھ عرصہ تک رکھا جائے، تاکہ ان کے درمیان طبی اتصال واقع ہو جائے؛ اس کے بعد جب قدر جلد ممکن ہو، ٹانگوں کو زائل کر دیا جائے۔ مثلاً جب گردن سے قیلہ حلقہ میہ (گھیکھا) کو نکالا جاتا ہے، تو کئی ہوئی ساختوں کے جڑنے کے لئے ٹانگے لگائے جاتے ہیں۔ اسی طرح کٹے ہوئے عصب کے دونوں سروں کو ملانے کے لئے بھی ہی کیا جاتا ہے۔ ایسے مقاصد کے لئے باریک و تراہز بہتر ہے، جسے بقیہ (کر و میم) کے مرکبات میں مدبر کر لیا گیا ہو۔

خیاطت غائرہ (گہری سلائی) گہرے ٹانگے کی ضرورت اس وقت پیش آتی ہے جبکہ زخم کے لبوں کا باہم ملانا اس وجہ سے دشوار ہوتا ہے کہ تناؤ کی وجہ سے یہ دور چلے جاتے ہیں۔ اس مقصد کے لئے ریشم یا وتر الکراٹھ کا ڈورہ استعمال کیا جاتا ہے، اور اسکو حاشیہ سے ایک یا ڈیڑھ قیراط کے فاصلہ پر داخل کیا جاتا ہے؛ اور گاہے چاندی کا نار استعمال

۱۵ ڈیپ سیوچ

۱۵ گائٹر

۱۵ مٹینغ (کر دی سائزڈ)

کیا جاتا ہے، جلد پر سب سے کے آزار یا اقرص رکھے جاتے ہیں، اور تار کے سروں کو ابھرے ہوئے کناروں کے گرد باندھ دیا جاتا ہے۔ گہرے ٹانکے علی العموم دو تین دن کے بعد نکالے جاتے ہیں۔

خیاطت سطحیہ (سطحی سلائی۔ بالائی ٹانکے)۔ اس قسم کی خیاطت میں اسکا لحاظ رکھنا ضروری ہے کہ ٹانگوں سے زخم کے لب ایک دوسرے سر مل جائیں، ان سے کوئی غیر معمولی تناؤ اور دباؤ نہ پیدا ہو، اور نہ جلد مڑ کر اندر کی طرف آجائے، اسکے مختلف طریقے ہیں۔

(الف) **خیاطت متقطعہ**۔ اس قسم کی سلائی میں ہر ایک ٹانکے علیحدہ ہوتا ہے، اور گہرہ جراحات کے کسی ایک جانب دی جاتی ہے۔ یہ طریقہ عموماً اس وقت بڑا جاتا ہے جبکہ زخم بے ڈول (غیر منظم) شکل کا ہو، یا جن میں تناؤ ہو۔

(ب) **خیاطت متصلہ** وہ سلائی ہے جس میں ٹانکے ایک مقام سے نکال کر دوسرے مقام میں اس طرح لگایا جاتا ہے کہ بیرونی سطح پڑاؤں کی رفتار پر بھی رہتی ہے، اور زخم کے محض دونوں سروں پر گہرہ لگائی جاتی ہے۔ اس قسم کے ٹانگوں کا استعمال غیر مستحسن ہے۔

(ج) **خیاطت لقیہ** یہ خیاطت متصلہ کی ایک قسم ہے جو پھیلے ہوئے زخموں (جروح متعہ) یا شگافوں کے لئے مستعمل ہے، اس قسم کی سلائی میں ٹانکے اس طرح دئے جاتے ہیں کہ زخم کے لبوں کے نیچے

لے بن

۴۴ کنٹی ٹوائس اسٹیچ (گلو ورس اسٹیچ)

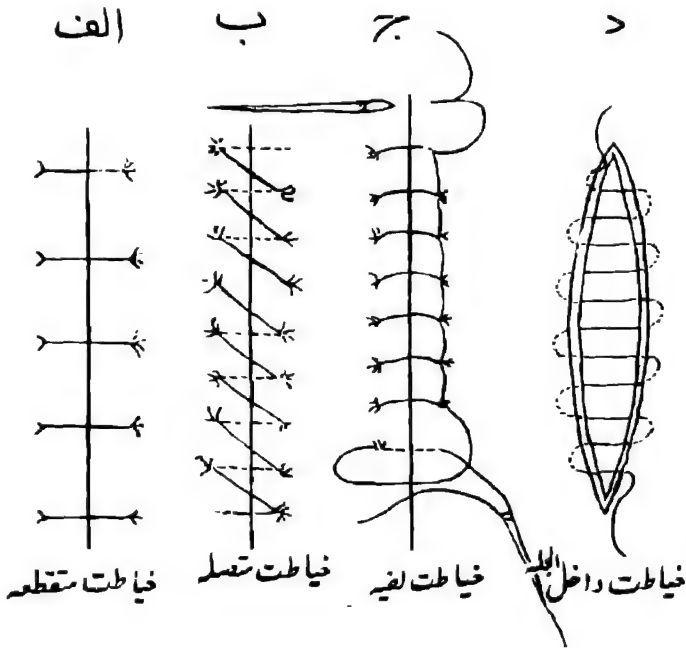
۴۵ سوپر فیشیل سیوچ

۴۶ لینکٹ اسٹیچ (بٹن ہول اسٹیچ)

۴۷ انٹر پلٹ سیوچ

جانے کے بعد جب سوئی اوپر آتی ہے، تو سوئی کو پچھلے ڈورے کے نیچے سے اس طرح گزارا جاتا ہے، کہ ہر ایک ٹانگہ کا بند کس جانے کے بعد زخم کے کنارے رلب کے ساتھ زاویہ قائمہ پر آ جاتا ہے، اور وہ

تصویر خیاطت مختلفہ



ڈورا جو ہر ایک بند کے درمیان زخم کے ایک پہلو پر ہوتا ہے، وہ بمقابلہ زخم کے لب کے متوازی رہتا ہے۔

(د) خیاطت داخل الجلد (جلد کے اندر کی سلائی)۔ یہ اس وقت استعمال کی جاتی ہے جبکہ زخم کے ہوں کو نہایت خوبی کے ساتھ ملانا ہو، اور یہ مقصود ہو کہ اتحام کے بعد کم از کم نشان دکھائی دے، جیسا کہ چہرہ اور گردن کے جروح میں کیا جاتا ہے۔ اسی صورت میں پہلے یہ ضروری ہے کہ خیاطت مخفیہ کے ذریعہ گہری ساختوں کو ملا لیا جائے، تاکہ زخم کے کنارے قریب آجائیں۔ اس غرض کے لئے باریک و تردودہ درنیم کے کیڑے کا تانت (یا چاندی کا باریک تار اور چھوٹی سی سیدھی سوئی استعمال کی جاتی ہے۔ اس قسم کی سلائی میں سوئی کو محض بشرہ کے نیچے جو ہر جلد میں داخل کیا جاتا ہے، اور اسے سطح کے متوازی گزارا جاتا ہے، اور نقطہ دخول سے ایسے فاصلہ پر سوئی نکالی جائے، جو بڑے قیراط سے کم ہو، اور وہ اس طرح ساخت میں سے ہلالی حصہ (نصف دائرہ) لے لے، پھر اسی طرح زخم کے جانب مقابل میں کیا جائے، اور زخم کے دوسرے سرے تک پے درپے اس عمل کو جاری رکھا جائے، اور آخر میں سلائی کے دونوں سروں کو زور سے کھینچا جائے، اور انہیں لمبا چھوڑ دیا جائے۔ جب ٹانگوں کو دور کرنا ہو تو ایک سرے کو کاٹ دیا جائے، اور دوسرے سرے کو کھینچ لیا جائے جس سے ڈورا بہت جلد اور بغیر درد کے نکل جائیگا۔

(کا) بعض جراح بجائے خیاطت (سلائی) کے فلزی مشابک (وحات کی چٹکیاں) استعمال کرتے ہیں، لیکن ان میں کوئی حقیقی فائدہ نہیں ہے۔ بعض اوقات چکپنے والے لازوقاٹ استعمال کئے جاتے ہیں، انکا

۱۵ انٹراڈرمک اسٹیچ سب کیڑے	۱۶ مے ٹاک رکھنیس
نیس اسٹیچ	۱۷ ایڈ ہتہ زیو یا سٹرس

استعمال صرف ان جراحتوں میں کرنا چاہئے، جو بہت چھوٹی اور خفیف ہوں
لیکن ایسے خفیف زخموں میں اس سے بہتر باریک خیاطی ہے جو مطلقاً
(غیر ملوث) ہو۔ لازوقات کا استعمال جروح کے آخری درجات میں زیادہ
مفید ہوتا ہے، تاکہ زخم کے لب لے رہیں، اور تاکہ عضلی انقباض کی وجہ سے
نشیج ندبی سکڑ نہ جائے۔ علی الخصوص یہ شکم کے عملیات کے بعد بہت مناسب
ہے۔ بشرطیکہ مواد کے بہاؤ و نزح کا انتظام کر لیا گیا ہو۔ زخم کے انعام
کے بعد تین سے چھ ماہ تک اسے بند نہ رکھا جائے۔ حتیٰ کہ نشیج ندبی سکڑ جائے
اور یہ مستحکم ہو جائے۔ ایسا کرنے سے فوقتہ کا اندیشہ ترک جاتا ہے۔

(۴) **فزع جراحات** و **تفریع جراحات** یعنی زخم کے مواد کا بہانا،
زخم کے مواد کے بہاؤ کا انتظام کرنا اسلئے ضروری ہے کہ انصبا ب خون
یا انصبا ب رطوبات سے زخم میں سیج و تساہت پیدا ہو۔ اتفاقی حادثات
کے زخموں میں، جہاں عدم آلودگی و صفائی ہو، اور جریان خون کی بندش
مشتبہ ہو، یا جہاں ساختیر بہت زیادہ بخروج رکتی پھٹی ہو، وغیرہ
مناسب ہوتا ہے کہ ۲۴ یا ۴۸ گھنٹے کے لئے زخم کے اندر انبوبہ داخل
کر دیا جائے۔

فزع جراحات یعنی سور کے بندوں کے لئے، برقی الکی (انبوبہ مطاطیہ)
کافی ہے، زخم کی سطح کے موافق اس کے سرے کو کاٹا جائے، اور ابتداً
جراحات کے کناروں کے ساتھ اسے سی دیا جائے، تاکہ یہ پھسل کر اندر
یا باہر نہ ہو جائے، آخری درجات میں اگر ضرورت ہو تو انبوبہ میں صاف

۱۔ اسکارٹشو	۲۔ ڈرے سچ
۳۔ ہرنا	۴۔ طوب

دستہ (دبوس) الامن لگا دیا جائے، تاکہ انبوہ پھیل کر زخم کے اندر نہ چلا جائے
 پچھنی جراثیموں کے لئے بعض اوقات گھوڑے کے چند بال کافی ہوتے ہیں
 (۵) افغ عفونت یا غیر عفونی اساوہ (پٹی باندھنا) کے ذریعہ زخم کو
 ہر قسم کے نئے ہیچ اور جدید ٹکڑے (عفونت - عدونی) سے بچایا جائے
 (۶) عضو مجروح کو آرام کے ساتھ رکھا جائے، اور اس مقصد
 کے لئے جس قسم کے سامان کی ضرورت ہو، اسے مہیا کیا جائے مثلاً جب زخم
 متعاقب (مائل) یا پٹیاں وغیرہ۔

(۷) مریض کی عمومی صحت کا لحاظ رکھنا بہت ضروری امر ہے
 جراحی عملیات سے پہلے دستوں کے ذریعہ آنتوں کو صاف کرنا چاہئے،
 اور اس کے بعد باقیات غذا کی ترتیب کو باقاعدہ کیا جائے، لیکن اتفاقی
 حادثات میں جہاں تک جلد ممکن ہو، سہل دیا جائے، اور ماکول و مشروب
 کو محدود کیا جائے۔

زیرِ قطعہ معمولی حالات میں غیر عفونی (غیر لمٹ) جراحی قطعہ پانچ
 کا انتظام سے سات روز تک ملتزم ہو جاتی ہے، لیکن ٹانگوں کے ٹکڑے
 کا صحیح وقت کیا ہے؟ مریض کی عمر اور قوت کے لحاظ سے، اور ماکول و
 مجروح عضو کی نوعیت سے، نیز تناؤ کی مقدار کے لحاظ سے جو زخم کے
 سبب کے لئے ضروری ہے، مختلف ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ معمولی جراحی
 عملیات کے زخموں میں، جو جراثیم سے پاک (غیر لمٹ) ہوتے ہیں، عموماً

۱۔ سہ اسبٹل

۲۔ سہ سنگ

۳۔ سہ پٹی پن

۴۔ سہ پٹی پنک ڈرنگ (پا) ۵۔ سہ سنگ

۶۔ سہ سنگ

آٹھویں روز ٹانگے نکال لئے جاتے ہیں؛ لیکن چہرہ میں اس سے پہلے ہی نکال لینا مناسب ہے، اسلئے کہ ایسے کثیر العروق مقام میں انعام جلد ہی ہوتا ہے، علاوہ ازیں ٹانگہ کے نکال لینے سے ندبہ (نشانِ زخم) کا حجم کم ہو جاتا ہے۔

انعام کی روکنے والی چیزیں وہ اسباب جو جروح قطعہ کے انعام بقصد اول میں تاخیر پیدا کر دیتے ہیں، اگر بطور خلاصہ کے بیان وکئے جائیں تو یہی کہا جاسکتا ہے کہ یہ چیزیں دراصل اُن سات باتوں کا عکس ہیں۔ جو اوپر بتائی گئی ہیں، اور وہ یہ ہیں:

(۱) دلف، جریانِ خون کا بند نہ کرنا، جسکی وجہ سے زخم کے دونوں لب یا دوسری گہری ساختیں ایک دوسرے سے جدا رہیں۔

(۲) جب غیر مطلقاً جام غریبہ یا مواد عفونہ کا زخم کے اندر پایا جاتا، اور شروع میں مانع عفونت تدابیر کا خیال نہ کرنا۔

(۳) زخم کے دونوں لبوں کا باہم نہ ملانا۔

(۴) مواد کے ہاؤ (تفریف - زح) کا کافی انتظام نہ کرنا، جس سے ٹانگوں میں تناؤ اور کھچاؤ پیدا ہو جاتی ہے۔

(۵) زخم کا بعد میں مختلف اسباب سے متعفن اور ملوث ہو جانا (تلوث متاخر)۔

(۶) مجروح حصے کو آرام نہ پہنچانا (عدم تثبیت)۔

(۷) عام بدنی حالات، مثلاً کسی مرض کی وجہ سے، یا دیگر اسباب سے قوت حیوانیہ کا کمزور ہونا۔

جب زخم کی گہرائی میں خون اکٹھا ہو جاتا ہے، تو گاہے زخم کا بیداری
 نشان اچھی طرح ملتئم ہو جاتا ہے، لیکن باہر کی طات نفیض سی سو جن رورم۔
 انتفاخ) باقی ہوتی ہے اور یہ مقام نازک ہوتا ہے (مضامین)، اور کچھ ہلکا
 بخار پایا جاتا ہے، جسکی عارضت رات کے وقت، اور جب تک جراثیم باقی ہوں۔
 ایسی حالت میں عموماً کافی ہوتا ہے کہ جب رات کو ہر وی طور پر کھول دیا جائے
 اور اس کے اندر جو کچھ ہو، اور طبات موجود ہوں۔ انہیں نچوڑ کر خالی کر دیا
 جائے، اور اسکے بعد اسے انا، چھوٹی کھونکی یا نیوہر) داخل کر دیا جائے
 یا کیتھ (خرقہ) دسایا، کا ٹکڑا رکھ دیا جائے۔

(۲) جروح مفرقیہ اور جروح رضیہ

پھٹے ہوئے اور کچلے ہوئے زخم

اس قسم کے زخم کئی اقسام کے ہوتے ہیں اور جراثیم کی اجسام کی وجہ
 سے مثلاً گازی کے پیدائش اور پتھر وغیرہ سے واقع ہوتے ہیں۔ یہ زخم
 کارخانوں میں ہوتے ہیں، یہی اسکی اور ہاتھ پر ہوتی ہیں، ریل کے
 حادثوں اور عام شہرہ کی برائوں ہیں، اس قسم کی جراثیم بہت ملتی ہیں
 یہ سدر جبہ ذیل علامات سے پہچانی جاتی ہیں۔

رالت، انات، یعنی بیان فوات ان میں بہت زیادہ نہیں ہوتا، خواہ
 بڑی گہرا جرح ہو جائے۔ اسلئے کہ ان میں گہری صاف طور پر نہیں کھلتی ہیں
 بلکہ وہ بیقاناہ طور پر مجروح ہو جاتی ہیں۔ اور اسلئے کہ رگوں کا اندرونی و
 درمیانی بلبند ہوتا ہے، اس جرحوں ہوتے ہیں، بیداری طبقہ کے اندر مڑ کر

لے نڈر نس

کے کار

اور چنٹ بنا کر سیلان خون کے لئے عاجز (آٹ) سے ہرجاتے ہیں۔ چونکہ رگوں میں ایک قسم کی بچک ہوتی ہے، اس لئے بعض اوقات یہ اپنے غلاف (آئندہ) سے باہر کھینچ آتی ہیں، اور سطح جراحات پر تڑپتی ہوئی دکھائی دیتی ہیں (ب) جراحات کی نوعیت پر مقدارِ فساد کا دار و مدار ہے، لیکن عام طور پر اس قسم کی جراحاتوں میں بدنی ساخت کے کافی اجزاء فوراً یا نتیجہ مرہ ہو جاتے ہیں۔ جلد بقیہ عہدہ طور پر مجروح ہو جاتی ہے، اور گاہے بہت بڑی مقدار میں یہ نیچے کے اجزاء سے اودھڑ جاتی ہے، عضلات اور اوتار گاہے ننگے ہو جاتے ہیں، یا انکے اتصالات ٹوٹ جاتے ہیں؛ گاہے اعصاب پھٹ جاتے ہیں، ہڈیاں کچل جاتی ہیں، اور یہ ریزے ریزے ہو جاتی ہیں؛ جوڑ و مفصل، کھل جاتے ہیں؛ اور پھر یہ تمام ضرر رسیدہ اعضاء بعض اوقات مایوس کُن طور پر گرد و غبار اور سیل کچیل سے لوث ہو جاتے ہیں، جو چمکنی کلوں پر جمع ہوتے ہیں، یا مٹریوں پر پڑے رہتے ہیں۔ وہ جراحاتیں جو بلیتی ہوئی بھاری گاڑیوں سے واقع ہوتی ہیں، بعض اوقات ہنایت خطرناک ہوتی ہیں، اطراف (باہر پاؤں) میں سے جب کوئی عضو پورے طور پر کچل کر کٹ پھٹ جاتا ہے، تو اکثر اوقات اوتار لمبے رچلتے ہیں، اور عضلات کے بطون اپنے غلافوں (لفاف) سے باہر نکل آتے ہیں، جو پیلے سے خون آلود و تھڑے کی شکل میں نظر آتے ہیں، اس لئے کہ جلد کے نیچے کی ساختیں جس مقام پر پھٹتی ہیں، جلد اس مقام سے اوپر پھٹتی ہے۔

اس قسم کے زخموں کی رفتار کا دار و مدار زیادہ تر اس سوال پر

لے مسکوری بلی

ہوتا ہے کہ ایذا جراثیم سے ہو یا غیر ملوث (عفونی ہی یا غیر عفونی اور پاک)۔
چنانچہ غیر عفونی (غیر ملوث) جراثیم مرقیہ میں گاہے یہ ممکن ہوتا ہے کہ زخم کے لمحوں کو خیاطت وغیرہ سے ملا دیا جائے، تو گو زخم کے لب کسی قدر کچلے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن زخم کا انتظام بالقصد الاول ہو جاتا ہے، اگرچہ کسی قدر تاخیر ہو سکتی ہے، بشرطیکہ مواد کے بہاؤ و نزح کا انتظام کر دیا جائے اور جب زخم کھلا رہتا ہے، تو مردہ اجزاء گاہے جذب ہو جاتے ہیں، اور گاہے یہ تباہ ہو جاتے ہیں، اور غیر ملوث انگوری (اریکٹہ الجرج) اور ارکیمین سطح پیدا ہو جاتی ہے۔ گاہے مرلین کو سادہ حمی جرحیہ دو تین روز کے لئے لاحق ہو جاتا ہے، لیکن یہ کچھ زیادہ قابل توجہ نہیں ہوتا۔

لیکن جب جراثیم زخم، عفونی جراثیم سے ملوث ہو جاتی ہیں تو التهاب کے عناصر رونما ہوتے ہیں، جسکے نتیجے میں کچلی ہوئی اور مردہ ساختیں جذب ہو جاتی ہیں۔ یا یہ پیپ کی شکل میں تبدیل ہو جاتی ہیں۔ او بالآخر زخم کے اندر انگوری سطح بن جاتی ہے۔
اس قسم کے زخموں کے لئے تین درجات (تین دور) بیان کئے جاتے ہیں :-

(الف) درجہ اصابت (درجہ آفت) جو صدمہ (تور) پر مبنی ہوتا ہے۔ اگر عضلی اصابت بہت وسیع ہوتی ہے، یا اگر بڑے اعصاب (عصبی اجزاء) کچل جاتے ہیں، تو یہ صدمہ بہت شدید ہوتا ہے۔
(ب) درجہ التهاب و تآكل (تآكل) ساختوں کا گل جانا، جو

سہ شاک

لہ ٹراؤے تک نیور

سہ انجری

اختلاف حالات کے لحاظ سے ایک ہفتہ، دس روز، یا زیادہ عرصہ تک رہتا ہے۔ اس اثناء میں مریض کے اندر مختلف عفونی عوارض نمودار ہو سکتے ہیں، مثلاً نزلہ نازلی، تسمم دموی، تقيج دم، کزاز، اور غائرانا جرحیہ وغیرہ۔ (رج) درجہ التحام جو انگوروں کے ذریعہ ہوتا ہے، یا دیرینہ تقيج کے ذریعہ۔ اگر احوال ردی ہوں تو اس درجہ میں گاہے حمی دق اور انحطاط قوی (نڈ بال ہونا) لاحق ہوتا ہے۔

ایسے زخموں کے التحام کے نتائج گاہے بالکل اطمینان بخش ہوتے ہیں، اور گاہے تکلیف دہ نتائج برآمد ہوتے ہیں، چنانچہ گاہے نڈبہ کے اندر اعصاب آجاتے ہیں، اور گاہے یہ مفلوج ہو جاتے ہیں؛ گاہے عضلات و ادوار ملتصق ہو جاتے، یا نڈبہ کے سکڑنے سے ان میں تقلص آجاتا ہے، جس سے متصلہ حصوں کی حرکت کم یا بند ہو جاتی ہے؛ اور گاہے نڈبہ کے سکڑنے سے بدہشتی (فساد شکل) رونما ہو جاتی ہے۔

علاج: جرم مزقیہ اور رضیہ کا علاج انکے مخصوص حالات کے لحاظ سے مختلف ہے، اور ایسا کوئی قاعدہ کلیہ نہیں بتایا جاسکتا، جو سب کے لئے یکساں کارآمد اور موافق ہو۔

ذیل میں چند اصول بتائے جاتے ہیں، جنکی عموماً پیروی کی جاتی ہے:

(الف) علاج مبدا شمر (فوری علاج): اس قسم کے تمام زخموں کو لوث (عفونی) سمجھنا چاہئے، اور ان قواعد کے مطابق علاج کرنا چاہئے، جو

۱۔ سکندری ہیمورج	۲۔ ٹٹے ٹٹس
۳۔ ہاکی سیا	۴۔ ٹراؤٹ لک گنگرین
۵۔ پانی سیا	

جراحات عدوی (جراحات لمونہ) کے بیان میں بتائے گئے ہیں دیکھو
 علم الجراحات جلد اول صفحہ ۲۱۴۔ یعنی مردہ اور نقصان رسیدہ حصے کو
 کاٹ کر الگ کر دیا جائے، زخم کو پاک کیا جائے، اور فوراً ٹانکے لگا دیے
 جائیں، بشرطیکہ جراح کو اسکا یقین ہو جائے کہ زخم جراثیم کے تلوث سے
 پورے طور پر پاک ہو گیا ہے۔ اگر اسکا یقین حاصل نہ ہو تو زخم کو کھلا
 چھوڑ دیا جائے، اور مناسب سامان زخم کے اندر بھر دیا جائے، مثلاً
 دشام (خرقہ) جسے فلیوآن کے محلول (ایک فی صدی) میں بھگو بیا گیا ہو
 یا اُسے عصیدہ اریٹھ میں لتھیر بیا گیا ہو، اور اگر زخم کو عفونت سے بچایا
 گیا ہے، تو خیاطت ادبیہ متاخرہ عمل میں لائی جائے دیکھو صفحہ ۲۱۶
 علم الجراحات جلد اول۔

علاج مابعد (علاج تالی) کا دار و مدار اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا
 جو مسائل جراحات کو پاک کرنے کے لئے اختیار کئے تھے، وہ کامیاب رہے
 یا نہیں۔ اگر زخم تلوث سے آزاد رہا، تو کسی خاص چیز کی ضرورت نہیں ہے
 لیکن اگر زخم تلوث ہو گیا ہے تو ورم خلوی (فلٹونی) لاحق ہو جاتا ہے
 جسکے ساتھ کچھ تا کھل (گلنا) بھی ہوتا ہے؛ ایسی حالت میں آزادی کے ساتھ
 (کشادگی سے) زخم کو کھولنے کی ضرورت پیش آتی ہے، اور اگر کس پرپ
 چھپی ہوئی ہوتی ہے، تو آزادی کے ساتھ زخم میں شگاف دیکر اسے بیا یا
 جاتا ہے۔ التهاب کے عوارض جب تک قائم رہتے ہیں، اسوقت تک

۱۔ سیدیو لائی ٹس

۲۔ سلفنگ

۳۔ گار

۴۔ بی آئی پی سیٹ

۵۔ ڈیلیٹ پر امری سیورج

انگمیدات اور گرم مامات وغیرہ جاری رکھے جاتے ہیں، جب عمل تھک جاتا ہے، اور گلے سڑے اجزاء (تائکلات) جدا ہو جاتے ہیں، تو انگور دیکھ کر ذریعہ التھام واقع ہوتا ہے، یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ جب نگلی سٹری سٹری آخر میں علحدہ کی جاتی ہیں، تو بعض اوقات نرفت ثانوی جاری ہو جاتا ہے، اس اثنا میں مریض کو محی التھام یہ سلسل جاری رہنا ہے، اور اسکی عام بدنی صحت گرتی ہوئی چلی جاتی ہے، اس لئے ایسی صورت میں مریض کی بدنی صحت کا پورا پورا لحاظ رکھنا ضروری ہے۔

جب زخم کے اندر صاف انگوری سطح (سطح اریکی) بن جاتی ہے تو اس وقت اسکا طریقہ علاج وہی ہوتا ہے، جو دوسرے اچھے ہوئے زخموں (جراحات التھامیہ) اور قرحوں کا ہے، جب زخم بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے، تو گاہے عمل ترقیع (پیوند لگانا) کی ضرورت پیش آتی ہے، جب جراحات مقابلہ چھوٹے حجم کی ہوتی ہے، تو عموماً التھام جلد واقع ہوتا ہے، لیکن وہ جب بہت بڑی اور بیقاعدہ شکل کی ہوتی ہے، خصوصاً جبکہ اندرونی ساختیں باؤٹ ہو جاتی ہیں، جیسا کہ گولی کے زخموں میں ہوتا ہے، تو بعض وقت انکی تدبیر و اصلاح دشوار ہو جاتی ہے۔ معالجین کی رہبری کے لئے یہاں چند عام اصول و قواعد بیان کئے جاتے ہیں:

(۱) جراحات سلیمہ میں جن میں ترشح مواد کم ہو، خشک اسادات (غبارات یا بسہ) کا براہ راست انگوری سطح پر لگانا اچھا نہیں ہے، اسلئے جہاں تک ممکن ہو، اس سے پرہیز کیا جاوے، کیونکہ خشک اسادہ سے

۳۵ ہیلدی اونڈز

۳۵ ہیلنگ اونڈز

۳۵ ڈرائی ڈریسنگ

۳۵ اسکن گرافٹنگ

سطح پر چھین اور خراش پہنچتی ہے، اور مراد کے بہاؤ میں بھی رکا دیا ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں چونکہ پٹی (اسادہ) بار بار بدلی جاتی ہے، اسلئے ہر مرتبہ زخم کے بھرنے والے مواد (مواد التھامیہ) نرسل ہو جاتے ہیں، اور اسکے ساتھ ہی عروق شعریہ مجروح ہوتی ہیں، جسکے نتیجہ میں خیف جریان خون بھی ہوتا ہے، ان اسباب سے مقامی ہیجان بڑھتا چلا جاتا ہے، اور عمل صلابت (ساختوں کا سخت ہو جانا) جو انگور کے نیچے کی ساختوں میں ہوتا ہے، وہ لہری ساختوں تک پھیلتا چلا جاتا ہے۔ زخم کی سطح کو اس قسم کے ہیجان سے روکنے کے لئے گاہے پاک اور مطہر و قایہ کا ایک ٹکڑا زخم کے برابر لیکر لگا دیا جاتا ہے، اور گاہے دسام (خرقہ جالی) کا ایک حصہ لیکر اسے پاک فارتیش (وصلین) مرہم حامض بوترتی، یا شحمین رپیرافین میں تقطیر کر سطح پر رکھ دیا جاتا ہے۔ بڑے اور پھیلے ہوئے زخموں میں جن میں اچھے انگور بن رہے ہوں، عنبرین (امبرین) یا شحمین ہفتسم (رپیرافین) کا اس طرح استعمال کرنا، جس طرح جلنے کی صورت میں کیا جاتا ہے، بہت مفید ہے، کیونکہ اسکے استعمال سے جو نرم نذب پیدا ہوتا ہے، اس کی نرمی اس سختی کا بہترین مقابلہ کرتی ہے، جو ایک عرصہ تک نشک اسادہ کے استعمال سے پیدا ہوتی ہے۔

(ب) مآذات حصہ کو آرام کے ساتھ قائم رکھا جائے، اور اسے خارجی ہیجانات سے آزاد رکھا جائے، مثلاً وہ ہیجان جو کپڑے وغیرہ کی وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ جنگ کے زخموں (جروح حربیہ) کے التھام میں اکثر اوقات اسوجہ تاخیر واقع ہوا کرتی ہے کہ مریض کو بہت جلد اٹھنے کی

۱۔ پردہ نکٹو ۲۔ دیس لین ۳۔ ہوک ایڈ آڈٹ منٹ

اجازت دیدی جاتی ہے، یہ حکم خصوصیت کے ساتھ ان زخموں پر عائد ہوتا ہے، جو جوڑوں کے اوپر ہوں، جہاں ہر ایک چھوٹی اور بڑی حرکت رقبہ اتھام کی شکل اور حجم پر مؤثر ہوتی ہے۔ اسی طرح یہ حکم خصوصاً ان زخموں پر عائد ہوتا ہے، جو بطون عضلات پر واقع ہوں، اور خنجر محض انگوڑوں کے ایک باریک طبقہ کا استر ہو۔ جوڑوں کی پوری حرکت ہر روز ایک دفعہ کرنا دینے میں کوئی حرج نہیں ہے، تاکہ جوڑ نرم و لافم نہ رہیں اور ان میں صلابت نہ آجائے لیکن بہت کثرت سے اور ببقاعدہ طور پر حرکت دینا ٹھیک نہیں ہے؛ اسلئے اگر ضرورت ہو تو عضو کو جبیرہ کے ساتھ باندھ کر اسکی حرکت روک دی جائے۔

(ج) مذہب آخر میں سکڑ کر اعضا کی حرکات کو محدود کر دیا کرتا ہے، اسلئے اس طرف خاص توجہ رکھنے کی ضرورت ہے۔ اس مقصد کے لئے عضو مجروح کو ایسی وضع میں رکھا جائے، جو اس قسم کے تقلص (سکڑ) کو روکے، اور اس کے خلاف اور برعکس عمل کرے، مثلاً اگر عضلہ تو اٹمیہ ساقیہ یا نعلیہ میں جراحات واقع ہو، تو قدم تقدار کی وضع میں جس میں ایڑی پیچھے کی طرف کھینی رہتی ہے، زخم جلد مندمل ہوتا ہے؛ لیکن اسطرح زخم کے مندمل ہونے میں یہ خرابی ہے کہ ایڑی اسی وضع میں پیچھے کی طرف کھینچ جاتی ہے، چنانچہ جب قدم کو اسی وضع میں رکھا جاتا ہے، جس سے کعب کی حرکت محدود ہو جاتی ہے، تو اسکی اصلاح بعض اوقات اسقدر

۱۔ ٹیلی پزاکوئی نس (قدم تقدار)
۲۔ وہ مرض جس میں انسان اگلے پنجوں کے
بل چلتا ہے

۱۔ مسل بلیئر
۲۔ گیسٹرونیمی اس
۳۔ سولی اس

شکل ہوتی ہے کہ آخر کار بغیر دستکاری کے یہ عیب نہیں جاتا۔ اسلئے ضروری ہے کہ اس قسم کے زخموں کے اندمال کے زمانہ میں پہلے ہی احتیاط برتی جائے، اور قدم کو پنڈلی کے مقابلہ میں زاویہ قائمہ پر رکھا جائے۔

(د) اسی اثنا میں یہ کوشش جاری رہنی چاہئے کہ ان حصوں میں صلابت (سختی) یعنی حرکت میں کمی نہ آنے پائے، جو عمل التام و اندمال سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ مذکورہ بالا حالات کا مناسب لحاظ رکھتے ہوئے یہ ضروری ہے کہ جس عرصہ تک مریض کے لئے سکون ضروری ہو، برابر تمام اعضا میں با احتیاط حرکت دیتے رہیں، اور کسی جوڑ مفصل کو بے ضرورت حرکت نہ کریں۔ ہاتھ کے چھوٹے مفصل اور انگلیوں میں خصوصیت کے ساتھ اس تنبیہ کا خیال رکھیں۔ کلائی کی جراثیموں میں شاذ و نادر ہی اسکی ضرورت ہوتی ہے کہ انگلیوں یا انگوٹھے کو جبیرہ میں باندھا جائے، اس لئے مریض کو مجبور کیا جائے کہ وہ انکو حرکت دیتا رہے خواہ اس سے مریض کو درد کی تکلیف پہنچے۔ ابتداء میں تھوڑی سی توجہ اور خیال کرنے سے ادھر میں بہت بڑا فائدہ حاصل ہوتا ہے، اور مفصل میں صلابت (رکی حرکت) پیدا ہونے سے رُک جاتی ہے۔ کسی عضو (مثلاً ہاتھ یا پاؤں) کے وہ حصے، جن کی حرکت بند نہیں کی گئی ہے، اگر ان کی مالش اور ان کی حرکات جاری رکھی جائیں، تو اس سے پورے عضو کا تغذیہ قائم رہتا اور ترقی کرتا ہے، جس سے اندمال کے انحال میں امداد پہنچتی ہے، اور اس سے مریض کی عام صحت میں بھی ترقی حاصل ہوتی ہے۔

مسند بشر [جروح مزقہ کی شدید قسموں میں ”بشر کا مسند“ لازماً پیدا ہوتا

لے اچھوٹے مشن

ہے، اگرچہ اس زمانہ میں بہت سے ایسے اطراف (ہاتھ پاؤں) بجائے گئے ہیں جو گزشتہ زمانہ میں قربان کر دیے جاتے تھے۔ یہ سوال کہ کب بٹر کرنا چاہئے اور کب نکرنا چاہئے، اس بارہ میں مستحکم قواعد نہیں بتائے جاسکتے ہیں؛ بلکہ ہر ایک صورت میں گرد و پیش کے حالات کا لحاظ کرتے ہوئے علاج و تدبیر کرنا چاہئے۔ ذیل میں چند اصول عامہ بتائے جاتے ہیں، جن کا ابتداءً لحاظ رکھنا ضروری ہے۔

(الف) مریض کی عمر اور اسکی قوت (قوت حیوانیہ)۔ بوڑھوں میں بمقابلہ جوانوں کے اندمال و التھام کی قوت (اصلاح النجہ کی قوت) یقیناً کم ہوتی ہے۔ چنانچہ جو مادّات اعضا، جوانی کی عمر میں اصلاح پذیر ہو جاتے ہیں انہیں اکثر اوقات بڑھاپے میں الگ کر دینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عمر کے مقابلہ میں غالباً قوت کی اہمیت زیادہ ہے؛ چنانچہ بعض لوگ ساٹھ سالہ ہونے کے باوجود بعض دوسرے چالیس سالہ دلوں سے زیادہ تندرست اور قوی ہوتے ہیں۔ اسی طرح مریض کے عادات، مثلاً شراب خواری وغیرہ اور دوسرے عمومی امراض مثلاً ذیابیطس، یا بول زلّالی وغیرہ کا بھی خیال رکھنا چاہئے، اسلئے کہ بعض اوقات ان عادات اور امراض کی موجودگی عمل بٹر سے منع ہوتی ہے۔

(ب) مجروح عضو یا مجروح طرف کی قوت: چنانچہ بمقابلہ کلائی کے پنڈلی کو زیادہ تر قربان کر دیا جاتا ہے، اسلئے کہ ہاتھ میں بمقابلہ پاؤں کے قوت حیات اور قوت اندمال و التھام زیادہ ہے۔

(ج) تلوث اور عفونت کی موجودگی، یا اسکا عدم بہت اہم امر ہے

۱۔ کس ٹری بیٹی

۲۔ البوی لوریا

اگر جراحت کو عنونت سے بچایا جاسکے، تو عضو کا محفوظ رہنا زیادہ ممکن ہو۔
وہ مقامی حالات یا علامات برعل بتر کے مقتضی ہوتے ہیں، ان کی
دقتیں ہیں: ایک وہ جن میں بتر کرنا ضروری ہے۔
اور دوسرے وہ جن میں بتر کرنا یقینی اور ضروری نہیں، بلکہ
مشتبہ ہے۔

(الف) وہ حالات جنہیں عمل بتر ضروری ہے

- (۱) جبکہ کوئی عضو کسی کل میں آکر کچل جائے، یا ریل سے کٹ جائے
یا کسی آتش گیر مادہ سے برباد ہو جائے۔
- (۲) جبکہ کوئی پورا عضو، یا اس عضو کا کوئی مکمل حصہ پورے طور پر
برباد ہو جائے، یا کچل جائے، اگرچہ اس کا تعلق جسم کے ساتھ قائم ہو۔
- (۳) جبکہ عضو میں غانغرا نا ہو چکا ہو، یا ہونے والا ہو، علی الخصوص
جبکہ غانغرا نا کی پھیلنے والی قسم ہو۔
- (۴) جبکہ شدید عفونی علامات نمودار ہو جائیں، درانحالیکہ یہ امر پہلے
ہی سے مشکوک ہو کہ وہ عنون بچ سکیگا، اور اسی شک کی حالت میں اسے بچانے
کی کوشش جاری ہو، اسی طرح اس وقت بھی بتر ضروری ہے، جبکہ دیرینہ
تفتیح کے باعث مریض نڈال ہو رہا ہو۔
- (۵) جبکہ کسی بوڑھے آدمی کے پاؤں میں شدید اور مرکب قسم کا
تفرق رکت پھٹ ہو، جس میں ہڈیاں شریک ہوں، اور عام مفصلی
تجاولیف (تجاولیف زلالیہ) کھل گئی ہوں۔ ہڈیوں اور مفاصل کے امراض
لہ ایسی ریش

میں عموماً تلوث (عفونت) کا اندیشہ زیادہ ہوا کرتا ہے، درانحالیکہ مرکز دوران خون سے قدم کا فاصلہ و قریب غافلانہ کے احتمال کو اور بھی زیادہ کر دیتا ہے۔

(ب) مندرجہ ذیل حالات میں بتر مشکوک ہو

(۱) کسور مُفَقَّتَہ مرکبہ، جو قدم سے دوسرے حصوں میں ہوں فی نفسہ بتر کو اس وقت تک نہیں چاہتے، جب تک کہ وہ بہت زیادہ پھیلے ہوئے نہ ہوں، اگر پوری توجہ سے ان کو پاک (غیر تلوث - غیر عفونی) رکھنے کی کوشش کی جائے، مواد کے بہاؤ کا اچھا انتظام کیا جائے، ٹڈیوں کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑے (دشظایا) اور بیرونی اجسام زخم سے نکال دیے جائیں، جو عموماً تخریب (سببوشی) کے بعد ہی ممکن العمل ہے، تو وہ اعضا جو زمانہ سلف میں کاٹ دیے جاتے تھے، نہ صرف محفوظ رہ سکتے ہیں، بلکہ بہت بڑی حد تک اپنے افعال بھی انجام دے سکتے ہیں۔ عمل بتر کا آخری فیصلہ، کہ کیا جائے، یا نہ، یہ زیادہ تر مریض کی عمر، حالت، اور سابقہ عادات پر موقوف ہے۔

(۲) جبکہ نرم ساختوں میں شدید آفت پونچے، اور وہ ہڈیوں سے دور تک مجدا ہو جائیں، مثلاً جبکہ کلائی کے عضلات اتفاقاً کسی کل سحرکٹ پھٹ جائیں، اس حالت میں عمل بتر کرنا ضروری نہیں ہے بلکہ یہ عضو ایسی حالت میں بچایا جاسکتا ہے (بشرطیکہ ان ساختوں کو عضلات کو اپنی اپنی جگہ پر لایا جاسکے، اور انکی قوت حیوانیہ کی بقا کا احتمال غالب ہو، اور یہ امید ہو کہ یہ عضو التام جراثیم کے بعد بیکار نہیں ہوگا، جیسا کہ بعض دیکھتا

لے کپڑے کامی نوٹڈ نر کچر

اعصاب کے ماؤن ہو جانے سے عضو بیکار ہو جایا کر تپ ہے۔ جراح کا یہ فرض عین ہے کہ وہ ان دو باتوں میں بغور مقابلہ کرے کہ اگر عضو کو بچانے کی کوشش کی گئی، تو کیا خطرات پیش آسکتے ہیں، اور اگر بچا لیا گیا، تو عضو مریض کے لئے کہاں تک کارآمد ثابت ہو سکیگا۔

(۳) کسی عضو کی بڑی شریان کا کٹ پھٹ جانا (ٹمزق) بذاتِ خاص عملِ بشر کو ضروری قرار نہیں دیتا؛ لیکن اگر اسکے ساتھ ہڈیاں، وریدیں، یا اعصاب مایوس کُن طور پر مجروح ہو جائیں، علی الخصوص جبکہ یہ صورتِ زیرین اطرافِ رپاؤں میں ہو، اور مریض بوڑھا ہو، تو بلاتاخیر مزید شمر کر دینا چاہئے۔ اس مقام پر ہم یہ بھی ذکر کرنا چاہتے ہیں کہ شاید مستقبل میں علی ترقیع (پیوند لگانا) زیادہ وسعت سے پھیل جائیگا، اور یہ کہ اوقات تک ہم اس عمل کے بعض تعجب انگیز نتائج دیکھ چکے ہیں۔

(۳) جروح و خزیہ اور طعنیہ

(چھید ہوئے زخم اور نیزوں کے زخم)

اس قسم کے زخم چھیدنے والے (باریک نوکیلے) آلات کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، مثلاً دبوش، سوئی، نیزہ، خنجر، برہی، سنگین، کرنج وغیرہ اس قسم کے زخموں میں بعض اوقات بیرونی سوراخ (دہانہ) محض بے حقیقت سا ہوتا ہے، مگر اندرونی آفت بہت شدید ہوتی ہے، کیونکہ اندرونی اور گہری ساختیں ماؤن ہوتی ہیں، مثلاً عروقِ دموہ، یا اعصاب کٹ جاتے ہیں، یا استخوانِ صدر و شکم یا ان کے اجزاء کھل جاتے ہیں، یا

لے شوگر فنگس لے پیکچر ڈاؤنڈ زائینڈ اسٹیپ لے بن

کھوٹری میں مجھد ہو جاتا ہے۔ ابعد یا مستقبل کے عوارض کی شدت و ذمت کا دار و مدار عفونت (لوٹ) پر ہوتا ہے، کہ یا زخم میں عفونت پہنچ گئی ہے، یا نہیں، اسلئے کہ بے اور تنگ زخموں کے مواد کے بہاؤ کا اچھا اور مؤثر انتظام کرنا اکثر اوقات دشوار ہوتا ہے، اس لئے بسا اوقات اندر ہی اندر پیپ اکٹھی ہو جاتی ہے، اور ادھر ادھر گھر کر لیتی ہے۔

خیر نما سنگینوں سے جو زخم پہنچتے ہیں، خواہ وہ بلحاظ حجم و مقدار اور انکرائی کے اہم اور شدید ہوں، انکا بعزنا عموماً اتنا دشوار نہیں ہوتا، جتنا کہ تکونی سنگینوں کے زخموں کا بھرنا، جن میں تین دھاریں ہوتی ہیں۔

جروح و خزیہ کا اصولی علاج یہ ہے کہ زخم کو اچھی طرح پاک کیا جائے، مواد کو بہانے کا اچھا انتظام کیا جائے، اور جلدی دہانہ کو بند نہ ہونے دیا جائے جب تک اندرونی آلائش کا ترشح التمام کے بعد رک نہ جائے، باور اگر ضرورت ہو تو کسی دوسرے پست مقام پر دوسرا دہانہ (فتحہ مقابلہ) بنایا جائے اگر شدید جریان خون ہو، یا کسی مقام پر فایح (استرخاء) نمودار ہو، جو عروق و اعصاب کے کٹنے کی علامت ہے، تو فوراً زخم کو کھول کر عروق و اعصاب کو نمودار کر کے انکا مناسب علاج کیا جائے۔

جروح و خزیہ عموماً سوسٹیوں کے گرٹنے سے پیدا ہوتی ہیں، اور یہ بسا اوقات ٹوٹ کر جسم کے اندر رہ جاتی ہیں، علی الخصوص ہاتھ، پاؤں، گٹھنے، اور سر میں۔ اگر ایسا اتفاق ہو، تو سولی کو فوراً نکالنے کی کوشش کریں، یہ کام بعض اوقات بہت سادہ اور آسان ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات گہرے اور مشکل چیر بھاڑ (تشریح) کی ضرورت پڑ جاتی ہے۔ جب

لہ کو نثر اد پے ننگ

جسم سے سونیاں نہیں نکالی جاتی ہیں، تو گاہے وہ عضلی اور تری (صفاتی) -
 طورت پر گذرتی ہوئی کہیں سے کہیں نکل جاتی ہیں، اور نہیں کہا جاسکتا کہ وہ
 کہاں باکر ٹھہریں گی، یا باہر نکل آئیں گی، اور نہیں کہا جاسکتا کہ وہ کب تک
 جسم کے اندر رہیں گی؛ چنانچہ یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ بعض اوقات جیب گردہ
 میں بونگی ہوئی ہے۔ اور وہاں باکر گردہ کی پتھری کا نواٹ (درمیانی ٹکٹلی)
 بنگلی ہے، جس پر اجڑا رسیہ جتے ہوئے چلے جاتے ہیں۔

جورج و نریہ جو مچھلی کے کانٹوں (شخص) خصوصاً ہتے بنتے ہیں،
 وہ بہت تکلیف دہ اور درد انگیز ہوتے ہیں، کیونکہ انکا خاردار سراجو
 سانپوں کے اندر نفوذ کر جاتا ہے، وہ ساختوں کو کپڑا لیتا ہے، اور اس کا
 نکالنا جب تک کہ زخم کو بہت زیادہ نہ کھول دیا جائے، ناممکن ہوتا ہے
 اسکا سادہ ترین اصول علاج یہ ہے کہ کانٹے کو اور زیادہ ڈھکیلا جائے،
 تاکہ وہ دوسرے مقام پر جلد سے نکل آئے، اب وہاں جلد میں شکاف
 کیا جائے، خاردار سرے کو کاٹ دیا جائے، اور بقیہ حصے کو آسانی سے
 نکال لیا جائے۔

بیرونی معدنی اجسام (غریبہ) جو چید کر اندر داخل ہو جاتے ہیں،
 مثلاً سونیاں، اسی طرح کانچ کے ریزوں، اور کنکریوں کو ڈھونڈنے کیلئے
 شعلے رانجن سے عکس لینا بہت حد تک مفید ہوتا ہے، لیکن اس قسم کے
 عکس جسم غریب کے محل وقوع کے بتانے میں زیادہ نفع بخش ثابت نہیں
 ہوتے، اور نہ انہیں دیکھ کر یہ قطعاً بتایا جاسکتا ہے کہ یہ جسم غریب ہڈی کے
 کس جانب ہے، سامنے کی طرف، یا پیچھے کی طرف، اس لئے یہ ضروری ہے

لہ ریل پلس لہ نیو کلی اس لہ رانجن ریز

کہ دوسرے رخ سے عکس بیا جائے مثلاً ایک عکس سامنے کی طرف سے، اور دوسرا عکس پیلو سے)۔ اس ماد کے باوجود بعض اوقات سوئی جیسے جسم غریب کا پانا دشوار ہوا کرتا ہے، اسلئے ایسے جسموں کو بعض اوقات انہی شعاؤں کی مدد سے اور اسی کی روشنی میں نکالا جاتا ہے۔

(۴) جرح نار یہ (گولی یا گولہ کے زخم)

(توپ، بندوق وغیرہ کے زخم)

جروں بارودیہ سے صرف بندوق اور طینچہ کے زخم مراد نہیں ہیں بلکہ اس عنوان میں تمام وہ زخم شامل ہیں جو پھٹنے والے توپ کے گولوں اور بلب وغیرہ سے پیدا ہوتے ہیں، یعنی سہلان تمام جسم غریبہ فحش شامل ہیں جو جل اٹھنے والے سالہ، یا بھک سے اڑ جانے والے مواد کے ذریعہ پھینکے جاتے، یا پھٹ جاتے ہیں۔

جروح بارودیہ کی خصوصیات :- ان زخموں کی خصوصیات مندرجہ ذیل امور کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں :-

۱۔ کس قسم کی چیز پھینکی گئی ہے (مقدون - مرمی) جس نے بڑا تہو بچایا ہے۔

۲۔ کس تیزی کے ساتھ وہ چیز چلی ہے۔

۳۔ کس قسم کے ہتھیار سے وہ پھینکی گئی ہے۔

۴۔ کس مسافت سے وہ پھینکی گئی ہے۔

۵۔ جسم کا کون سا حصہ مجروح ہوا ہے۔

لے گن شاٹ اور زبرد جرح بارودیہ

(۶) کس رخ سے وہ چیز چلائی گئی ہے۔

(۷) چنانچہ آجکل کی ترقی یافتہ ہندو قوں سے جو زخم دھردھ پیدا ہوتے ہیں، وہ پُرانی وضع کی ہندو قوں کے زخم سے مختلف ہوتے ہیں۔ آجکل کی ہندو قوں میں گولی کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے، اور ان سے صدر نہایت قوی پہنچتا ہے، اسلئے کہ ہندو قوں کی نال (قصبہ) اندر سے بالکل ہموار نہیں ہوتی بلکہ ان کی اندرونی سطح میں حلزونی دیوپی، پچیدار شکل پڑا یاں بنی ہوتی ہیں، جسکی وجہ سے گولی (رصاصہ) اپنے محور طویل پر گھومتی ہوئی جاتی ہے۔ علاوہ ازیں آجکل کی گولیاں بھی بہت کچھ بدل گئی ہیں، اور بارود بھی پہلے زمانہ سے زیادہ تیز ہوتا ہے۔

آجکل کی فوجی ہندو قوں کی گولیاں عموماً مخروطی، پتی، لمبی سی ہوتی ہیں، جو غیر خالص سیسے کی ہوتی ہیں، اور ہلکے سخت کرنے کے لئے ۲ فیصدی (۲۰) (کھلیہ) ملا دیا جاتا ہے۔ ان کے اوپر ایک غلاف، یا خول ہوتا ہے جو تانبہ اور نیکل (۹۰ فیصدی تانبہ اور ۱۰ فیصدی نیکل) کے مرکب (مخلوط) سے بنا ہوا ہوتا ہے، ان گولیوں کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے، مثلاً بعض ہندو قوں میں انکی رفتار فی ثانیہ دو ہزار قدم، اور بعض ہندو قوں میں دو ہزار تیس قدم ہے۔

ان گولیوں سے جو زخم پیدا ہوتے ہیں، وہ گولی کی مسافت اور مجروح عضو کی نوعیت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ پانچ سو گز کے

۱۰۰ اٹی منی

۱۰۰ سکند

۱۰۰ نٹ

۱۰۰ بیرل

۱۰۰ اسپارل

۱۰۰ لائی ٹرڈ نل ایکس

اندر تو عموماً یہ نرم ساختوں کو بچاڑ دیتی ہیں، اور یہ زخم ان زخموں سے مشابہ ہوتے ہیں، جو پھٹنے والے گودوں (تنتابل) کے ٹکڑوں سے بنتے ہیں لیکن جب مسافت زیادہ ہوتی ہے، تو داخل (گولی کے نفوذ کی جگہ) اور مخرج (گولی کے خروج کی جگہ) کی جراثیم عموماً صاف ہوتی ہیں، اور منتقل ہونکا پتہ چلتا ہے، اور اگر گولی بڑی یا دوسری اہم ساختوں میں نہ لگے تو کوئی زیادہ آفت پیدا نہیں ہوتی، چونکہ ان گولیوں کی رفتار بہت تیز ہوتی ہے اسلئے ان کے زخم زیادہ تر آر پار ہوتے ہیں، لیکن بعض حالات میں یہ صدمہ بدل بھی جاتی ہے۔

الف) آل کی بلداء (حلزونی۔ لوبی) نالیوں کا دوسرا نتیجہ یہ ہے کہ گولی میں ایک دوسری گردش بھی پیدا ہو جاتی ہے، یعنی گولی کے زاویہ کے مقابلہ میں قاعدہ کی گردش بڑے دائرہ میں ہوتی ہے، خصوصاً جبکہ مرکز ثقل قاعدہ کے پاس ہو، پانچ سو گز جانیے بعد یہ حرکت تقریباً غائب ہو جاتی ہے، اور پھر اسکی رفتار سیدھی ہو جاتی ہے، جب گولی چھوٹی مسافت سے چلائی جاتی ہے، تو گولی کی اس بے ڈھنگی حرکت سے اکثر اوقات بڑے قسم کا انشقاق و تفرق ہو جاتا ہے، کیونکہ گولی داخل ہونے کے بعد ممکن ہے کہ اسی طرح گھومتی ہوئی دور تک چلی جائے۔

ب) گولی کی ایک مخصوص قسم کا نام دم دم ہے، جسکے سرے پر تانبہ کا خول یا غلاف نہیں ہوتا، جیسا کہ مذکورہ بالا قسم میں بتایا گیا ہے، ورنہ سب سے زیادہ اشد تھک (کھلیہ) ملایا جاتا ہے، ان گولیوں سے نرم ساختیں

۱۔ دم دم دم دم، ہندوستان کو ایک مقام	۲۔ سنٹر آف گریوٹی
۳۔ نام ہی جہاں اس قسم کی گولی پہلی مرتبہ تیار ہوئی	۴۔ انٹرنیٹ

بُری طرح تباہ ہوتی ہیں۔ ہڈیاں ریزہ ریزہ ہو جاتی ہیں، اور ٹھوس اشیا پھٹ جاتے ہیں۔ یہ گولیاں ”پھیل جانے والی“ ہیں ”پھٹنے والی“ نہیں ہیں۔ موخر الذکر خصوصیت صرن اسوقت پیدا ہو سکتی ہے، جبکہ اسکے اندر کوئی مادہ بھر دیا جائے، جو دباؤ پا کر پھٹ جائے۔

بعض گولیوں کے زخم ایسے سخت نہیں ہوتے، جیسے کہ اوپر ذکر کئے گئے؛ بلکہ ان سے اوسط درجہ کے جروح پیدا ہوتے ہیں۔ گولی کے داخل ہونے کا دہانہ (سوراخ مدخل) عموماً چھوٹا ہوتا ہے، اور باہر آنے کا دہانہ بڑا جسکے کنارے اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس قسم کی گولیوں کے ساتھ بدن کے کپڑے بھی اکثر اوقات اندر داخل ہو جایا کرتے ہیں، جو تلوٹ و عفونت کے خطرات میں اسانہ کر دیتے ہیں۔

(۲) پھٹنے والے گولے، گولیاں، اور قنبیرہ (بم)

رافٹا پھٹنے والے گولے کی ایک قسم وہ ہے جسکے اندر سیسے کی بہت سی گولیاں بھری رہتی ہیں۔ یہ گولے جب پھٹتے ہیں، تو ہر طرف یہ گولیاں دوڑتی ہیں، جن کا حجم بچوں کے کھیل کی گولیوں کے برابر ہوتا ہے۔ یہ گولیاں گول اور ہموار ہوتی ہیں (تا دقتیکہ زمیں یا کسی دوسری چیز سے نہ لگیں)۔ ان کے زخم دوسری گولیوں کی نسبت کم شدید ہوتے ہیں۔ ان کے ساتھ کپڑے وغیرہ جسم کے اندر کمتر ہی داخل ہوتے ہیں، اس لئے کہ بلب کو قنبیرہ، نارنجاک اور قنبیل بھی کہا جاتا ہے۔ اس لحاظ سے قنبیل ایک مشترک لفظ ہوا۔ کیونکہ شیل کے گولے کو بھی قنبیل کہا جاتا ہے۔ اسی طرح قنبیل اور قنبیرہ دونوں معنوں کے لئے لفظ مترادف ہیں۔

لے قنبیل سرینیل (شریپ نل شل)

نونی جراحات کی سخت قسمیں ان سے کم پیدا ہوتی ہیں۔ ان گولوں کے ل کے ٹکڑے وہی عمل کرتے ہیں، جو دوسرے پھٹنے والے ہم اور گولے کم کرتے ہیں۔

(دب) ان پھٹنے والے گولوں میں سے دوسری قسم ہے جو ناہموار دھات کے ٹکڑوں سے پر ہوتے ہیں۔ جب یہ گولے پھٹتے ہیں، تو ہر طرف یہ ٹکڑے متحرک اور کھینچے جاتے ہیں، یہ بدن کے اندر داخل ہو کر ساختہ کو مار دیتے ہیں، جلد اور ہڈی سطح کے مقابلہ میں عموداً عضلات اور انہ رنی اختوں میں آفت زیادہ ہوتی ہے، اور عضلی ریشوں کے کٹ پھٹ جانے سے بڑے بڑے شکاف اور خلائیں پیدا ہو جاتی ہیں، کچھ ہی دیر تک جلدی احت عموماً چھوٹی ہو جاتی ہے، اور اتنی چھوٹی ہو جاتی ہے کہ یہ بات اس میں نہیں آتی کہ اتنے تنگ سوراخ سے اتنی بڑی چیز اندر کیونکر خل ہو گئی، اسی طرح عضلات کے گہرے لٹاؤ کے سوراخ بھی حیرت یز طور پر چھوٹے ہوتے ہیں، جو عملیت کے بعد بشکل نظر آتے ہیں، عضلی نیوں کے ٹوٹ جانے سے جو خلائیں پیدا ہو جاتی ہیں، وہ ابتداءً جیسے ہوئے ن سے بڑھتی ہیں، اسکے بعد ان کے اندر پیپ پڑ جاتی ہے، جو دھات کے ٹکڑوں پر محیط ہوتی ہے، یہ خصوصیات اس وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہیں، جبکہ منفذ جراحات سطح بدن کے مقابلہ میں نادر یا قائم ہو، لیکن با اسکی وضع تو بھی سی ہو، تو سطحی ساختیں شدید طور پر مجروح ہوتی ہیں ان گروہ کی جراحات میں ٹوٹ (عضنوت) تقریباً نادر اور توقع ہے۔

پانچ چھ دو گز کے فاصلہ تک ان کے پھٹنے سے پہلے، یا بیکہ گولے ٹھوس ہوں، جیسا کہ قلعہ شکن نامی گولے ہوتے ہیں، ان کے سامنے جو چیز آجاتی ہے، وہ بالکل چور ہو جاتی ہے۔ جب ہاتھ یا پاؤں سامنے آجاتا ہے، تو وہ بالکل اڑ جاتا ہے۔ یا انکا گوشت پوست پاش پاش ہو جاتا ہے۔ ایسی سورتوں میں صدر و خطرناک ہوتا ہے، یاں تک کہ مریض سکتہ ضربہ کی حالت میں مر جاتا ہو جریان خون عموماً کم ہوتا ہے، جراحات لاحق ہونے کے بعد تھوڑا سا خون خارج ہوتا ہے، اور شریان فوراً سکڑ کر نیسج ظوی کے اندر گھس جاتی ہے، اور خون کا جریان بند ہو جاتا ہے۔ لیکن گاہے بڑی شریانیں پھٹ جاتی ہیں، اور اس قدر خون خارج ہوتا ہے، کہ مریض فوراً مر جاتا ہے۔

جب گولے کی رفتار سست ہو جاتی ہے، تو ضرب پہلی صورت سے زیادہ لگتی ہے، اگر پہ عضو نہیں اڑتا لیکن زخم بہت پھیلا ہوا ہوتا ہے۔

جب گولہ قدرے ٹنڈرا ہو کر نکلتا ہے، تو عموماً جلد اگرچہ نہیں پھٹتی ہر لیکن چوٹ بہت سخت لگتی ہے، چنانچہ ہڈیاں ٹوٹ جاتی ہیں اور عضو مرن میں پیپ پڑ جاتی ہے، اور اسکے بعد ریکل جاتا ہے

(۳) **طینچہ کے زخم (جروح مسدسات جروح ششخانہ)**

اسکے زخم بہت مختلف ہوتے ہیں، جنگ توپ کی گولیوں کے زخم سے

مشابہ کہا جاسکتا ہے۔ یہ دیگر جروح ناریہ کی نسبت اپنی زندگی میں کثیر وقوع ہوتے ہیں۔ پٹنچہ کے زخم دو قسم کے ہیں، ایک تو وہ جو اپنے آپ کو قتل کرنے سے پیدا ہوتے ہیں (جروح انتحاریہ)، اور دوسرے وہ جو اتفاقاً وقوع پذیر ہوتے ہیں (جروح عارضیہ یا اتفاقیہ)۔

جروح انتحاریہ عموماً کینٹی پر، کمبوڑی کے تلہ پر منہ کی راہ (یعنی جبکہ پٹنچہ منہ میں چھوڑا جائے)، اور قلب پر ہوا کرتے ہیں۔ جب یہ زخم کینٹی ہوتے ہیں، تو عموماً یہ دائیں طرف ہوتے ہیں، اسلئے کہ اکثر آدمی زیادہ تر دایاں ہاتھ ہی استعمال کرتے ہیں، نیز یہ زخم عموماً چھوٹا سا ہوتا ہے، جبکہ گردیلے ہوئے بالوں اور جلی ہوئی جلد کا ایک رقبہ ہوتا ہے، اور اکثر اوقات یہ رقبہ بارود کے رنگ سے رنگین ہوتا ہے۔ ہڈی کو چھید کر گولی دماغ کو پہنچا دیتی ہے، لیکن عموماً دوسری طرف نہیں نکلتی، اور دوسری طرف ہڈی توڑتی ہے، بلکہ دماغ کے اندر گھسکر رہ جاتی ہے، جو گاہے بوجہ دماغ کے اندر ملتی ہے، اور گاہے ام جانیہ (ام غلیظ) کے نیچے۔ موت عموماً فوراً واقع نہیں ہوا کرتی، اسلئے کہ کوئی بڑی رگ اکثر اوقات اس سے نہیں مٹتی ہے۔ سبب پٹنچہ اوپر کی طرف منہ کی راہ چھوڑا جاتا ہے، تو کھوپڑی کا تلہ چھید جاتا ہے، اور عموماً موت فوری واقع ہوتی ہے؛ اور اکثر حالات میں بغیر چھیدے گولی اپنے ساتھ قلعہ اور اس بیٹے جند یا کی ہڈی کا ایک ٹکڑا لے جاتی ہے۔

پٹنچہ کے اتفاقی جروح مختلف اشکال کے ہو سکتے ہیں، لیکن

۱۵ سول لائف (بقابل جنگی زندگی) ۱۵ ایکسی ڈنٹل اونڈر

۱۵ سولی سائڈل اونڈر

منفذ دنول و خروج عموماً ایک دوسرے سے متنازع ہوتے، اور پہچانے
یا سکتے ہیں۔

(۴) چھڑوں کے زخم (جروح خروقات)

بعض اوقات چھڑوں سے بھی خطرناک زخم پیدا ہو جاتے ہیں جبکہ
یہ نہایت قریب سے چلائے جاتے ہیں، چنانچہ ایسی حالت میں ان سے جروح
مزیدہ عارض ہوتے ہیں؛ اور گاہے اہم اعضا و جوارح ہو جاتے، اور موت
تک لاحق ہوتی ہے۔ پچاس گز یا اس سے زیادہ فاصلہ سے جو زخم پیدا
ہوئے ہیں، وہ زیادہ خطرناک نہیں ہوتے؛ ہاں اگر انکھ جیسا کوئی عضو
بجروح ہو، یا سخت تلوث (عفونت) عارض ہو تو شدید نتائج برآمد ہو سکتی ہیں۔
(۵) سادہ کار توس (فشکہ شاذہ) سے بھی اسی طرح شدید
جراثیم؛ حتیٰ کہ موت تک بھی عارض ہو سکتی ہے، بشرطیکہ بہت تھوڑے
فاصلہ سے بندوق پہلائی جائے۔ ایسی حالت میں ماؤن جلد مل جاتی، یا
سیاہ ہو جاتی ہے۔ اور اس مقام پر سیاہ آسانی داغ ہمیشہ کے لئے
تاثیر ہو جاتا ہے۔ اس مقام کی ساخت بارود کے رنگ سے رنگین ہو جاتی ہے
رقتا و نتائج جروح؛ بندوق، طہیجہ، اور پھٹے ہوئے گولوں
کی گولیوں کے بعض زخم غیر مرادش (غیر عفونی) رہ جاتے ہیں۔ لیکن میدان
جنگ کے ہر ایک زخم کو بھی خیال کرنا چاہئے کہ وہ غالباً تلوث (عفونی) ہو چکا
ہے، اسی عفونت اور تلوث کی نوعیت اور درجہ پر زخم کی رفتار کا زیادہ تر
مدار ہوتا ہے۔ میدان جنگ کی ہوا جب خشک ہوتی ہے، اور زمین پر

ہیں کہ صورت خطرناک ہو جاتی ہے، اور ایسے شدید عوارض نمودار ہوتے ہیں کہ مرلین لڑک ہو جاتا ہے۔

سب سے پہلے جس چیز کے وقوع پانے کا احتمال ہو سکتا ہے، وہ نزلیت (جریان خون) اور صدمہ (تھور) ہے، کچھ عرصہ کے بعد دیگر عوارض تنہا صورت میں، یا بصورت اجتماعی، نمودار ہوتے ہیں، جن میں سے دو زیادہ قابل ذکر ہیں، کزاز اور غائغرا نا ہوا میہ۔

سجٹ جراثیم - جروح ناریہ میں ہوائی اور غیر ہوائی دونوں قسم کے جراثیم مختلف اشکال میں پائے جاتے ہیں، جنکی افزائش پر بہت سے عوارض کا ظہور منحصر ہے۔ جب بدنی قوتِ ممانعت (قوتِ مدافعت) آمادہ نہیں ہوتی ہے، اور سفید دانوں کی فوج تیار نہیں ہوتی ہے، تو تلوث جراثیمی شدت کے ہر ایک درجہ میں نمودار ہو سکتا ہے۔ پہلے چوبیس گھنٹے کے اندر جراثیم عموماً جسم غریب مثلاً گولی کے راستہ رفقہ کی سطح پر اور منجمد خون کی سطح پر ہوتے ہیں، جو عموماً ہوائی اور غیر ہوائی، دونوں ملے ہوئے، ہوتے ہیں۔ اسکے بعد تلوث و عفونت گہری ساختوں میں نفوذ کر جاتی ہے، اور سب غیر ہوائی جراثیم تیزی سے کم ہو جاتے، اور ہوائی جراثیم تیزی سے بڑھ جاتے ہیں۔ چنانچہ عرصہ تک قائم رہنے والے تقرح میں عموماً غیر ہوائی جراثیم نہیں ملا کرتے ہیں۔

اصول علاج :- جروح ناریہ (جروح بارود) کا علاج عام اصول جراحیہ کے مطابق ہی کیا جاتا ہے، لیکن بڑے عملیات کرنے سے پہلے بعض اوقات جنگی زخموں میں وقوع کے بعد فوری تدبیر کرنے کی ضرورت پیش

لے شاگ ۱۵ ٹے نس ۱۵ گیس گینگریں

آتی ہے، اور زخم کا امتحان، اور بڑے عملیات اس وقت کئے جاتے ہیں جبکہ مرین میدان جنگ سے جنگی شفا خانہ (رستہ کی عسکری) میں منتقل کیا جاتا ہے۔ میدان جنگ میں سب سے زیادہ اہم تدبیر و کوشش یہ ہونی چاہئے کہ زخم کو تلوث و عفونت سے بچایا جائے، اور خطرناک جریان خون در نزيف دوسری (کو فوراً بند کیا جائے)۔

تَلَوُّث سے زخم کو بچانے کی تدبیر یہ ہے کہ پاک صاف پٹی (غیار مشطراً) باندھ دی جائے، جو ہر سپاہی کے پاس لازمی طور پر رہنی چاہئے۔ اور جریان خون کو بند کرنے کے لئے دباؤ (رباط ضابط) سے کام لیا جائے۔

جنگی حالت میں اس مقصد کے لئے مختلف صورتیں اختیار کی جاسکتی ہیں، مثلاً:-

۱۔ کٹی ہوئی درید یا شریان کو انگلی سے دبایا جائے،

۲۔ مَضْطَب لگایا جائے،

۳۔ عصا بہ لندہ (بجلا رہ پٹی) باندھ دیا جائے،

۴۔ اگر ایسے سامان موجود نہ ہوں، تو حتی الامکان صاف کپڑے

میں ٹیوٹری باندھ کر زخم کے اوپر کس دیا جائے، اور گرہ

کے اندر بندہ دق کی نال، یا تلوار کی سیان داخل کر کے بن

دیا جائے تاکہ زخمی مقام اچھی طرح دب جائے۔

اگر ہڈی ٹوٹ گئی ہے، تو بندہ دق تلوار کی سیان وغیرہ سے (جو دقت پر مہیا ہو سکے) عارضی جبیرہ تیار کر کے عضو کو باندھ دیا جائے، اسکے بعد بعض

لہ ناری کیٹ

کو شفا خانہ کی طرف بہ آرام و راحت روانہ کیا جائے۔

نوجی شفا خانہ جب مریض نوجی شفا خانہ میں پہنچ جائے، اُس وقت زخم کا علاج کا اچھی طرح امتحان کیا جائے، اسے پاک کیا جائے، اجسام غریبہ، مثلاً گولی وغیرہ، نکالا جائے، اور کئی بھٹی رگوں کو باندھا جائے اگر گولی اتنی گہرائی میں چلی گئی ہو کہ آسانی سے نہ مل سکتی ہو، تو اس کا مقام شعاعوں کے ذریعہ یا بعض خاص آلات کے ذریعہ معلوم کیا جاسکتا ہے؛ مثلاً مسٹر خزنی، جس کے سرے پر چینی لگی ہوتی ہے، جب ایسی سلائی داخل کی جاتی ہے، تو سیسے کا سیاہ نشان چینی پر نگ جاتا ہے اسی طرح بعض سلائیاں برقی ہوتی ہیں، جب وہ گولی سے لگتی ہیں تو ایک آواز پیدا ہوتی ہے۔ اسکو مسٹر برقی، یا مسٹر شوتی کہا جاتا ہے۔ اگر کمر مفتوح واقع ہوا ہو تو اسے پورے طور پر غور سے دیکھا جائے، اور ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کی کڑیوں، جو علیحدہ ہو چکی ہوں، باہر نکال لی جائیں، اور احتیاط کے ساتھ جباہ استعمال کئے جائیں۔ ان ابتدائی ایام میں عموماً بٹراولی کی ضرورت نہیں ہوا کرتی ہے، تاہم قتیقہ ہڈی بڑے طور پر ریزہ ریزہ نہ ہو گئی ہو، یا اعصاب و عروق میں شدید آفات نہ ہوں۔

کھوپڑی کے زخم سخت توجہ کے محتاج ہوتے ہیں، یہاں تک کہ جب گولی داخل ہو کر اتلافِ عظم کے بغیر یعنی ساخت کو زیادہ برباد نہ ہو بیخارج چلتی ہو تو مفید دخول و خروج پر مشقّب منشاء استعمال کیا جاتا ہے، تاکہ ٹوٹی ہوئی کڑیوں کو نکالا جائے۔ یہ عمل اُس وقت بھی کیا جاتا ہے، جبکہ گولی کی وجہ سے کھوپڑی کی

۱۔ ٹیلیفون پر دہ

۲۔ ٹری فائن

۳۔ ٹیلیفون پر دہ

۴۔ الیکٹریک پر دہ

بڑیوں میں میزاب (کھلی نالی) بن جاتی، اور گولی اندر داخل نہیں ہوتی؛ کیونکہ اس عمل کے نتائج اچھے برآمد ہوتے ہیں۔

شکم کے جروح جو چھوٹی گولیوں سے پیدا ہوتے ہیں، ان کے علاج میں عموماً تھوڑا سا انتظار کیا جاتا ہے، اور شکم کی دستکاری کرنے میں عجلت نہیں کی جاتی ہے۔ کیونکہ بہت سے مریض باوجود خطرناک حالت میں مبتلا ہونیکے علیت جراحیہ کے بغیر اچھے ہوتے ہوئے دیکھے گئے ہیں۔

چنانچہ بعض حالتوں میں گولی ایک طرف سے دوسری طرف، یا سامنے سے پیچھے کی طرف آ پار نکل گئی ہے، پھر بھی مریض بلا علیت کے اچھے ہو گئے ہیں۔ اس لئے شکم کے زخموں میں حتی الامکان دستکاری سے گریز کیا جاتا ہے، اور بلا شدید ضرورت کے ایسا نہیں کیا جاتا۔ علاوہ ازیں شکم کے علیات زیادہ دشوار ہیں، اثنائے جنگ میں پاک صاف پانی اور پاک صاف پٹی اور سامان کا ملنا مشکل ہے، نیز اس حالت میں زخمی مریض کی حالت، عموماً بہت گندہ (متاثر) ہوا کرتی ہے، اور اس قسم کے علیات زیادہ عرصہ چاہتے ہیں؛ ان تمام وجوہ سے شکم کے زخموں میں قوی اسباب کے بغیر دستکاری نہیں کرتے۔ ان قوی اسباب میں سے ایک اہم سبب شکم کا جریبان خون کی وجہ سے پھول جانا ہے۔ چنانچہ اس حالت میں، اور جبکہ شکم کا کوئی جوفدار عضو (مثلاً معدہ) مجروح ہو جاتا ہے، تو شکم کا کھونا ضروری ہو جاتا ہے۔

طینچوں کے زخم کے علاج میں بھی انہیں مذکورہ اصول و قواعد کا لحاظ کیا جاتا ہے۔ چنانچہ بیرونی زخم کو اچھی طرح پاک کیا جاتا ہے، اور گولی کے نکلنے کی کوشش نہیں کی جاتی؛ ہاں اگر گولی سطحی ہو بیرونی سطح کے

قریب ہو، یا اس سے کوئی ضرر پیدا ہو گیا ہو، تو اسکے نکالنے کا اہتمام کرنا چاہئے۔

اطراف یعنی ہاتھ پاؤں کے زخموں کو بھی عموماً کھولنے اور امتحان کر کے ضرورت پیش نہیں آتی۔ ہاں اگر مخصوص آثار نمایاں ہو جائیں، مثلاً جریان خون شدید ہو، یا عضو مسترخ ہو جائے، تو چونکہ یہ تمام عروق و اعصاب کے مجروح ہونے کی علامات ہیں، اسلئے زخم کو کھولنا اور ان جراحتات کا تدارک کرنا پڑتا ہے۔

جگر یعنی کھوپڑی کے جروح، عموماً اس امر کے متقاضی ہوتے ہیں کہ انکا پورا پورا امتحان کیا جائے، اور گولی کے دخول کے زخم کو دیکھ کر یہ معلوم کیا جائے کہ گولی کس حد تک پہنچی ہے۔

جن حالات میں زخم متلوٹ ہو جاتے ہیں، اور متلوٹ زخموں کا علاج وہ خیاطت (طائکوں) کے لائق نہیں رہتے اور خصوصاً جبکہ ان کے ساتھ کسر مرکب بھی شریک ہے، تو عموماً اسلئے اذکن کے طریقہ سے علاج کیا جاتا ہے، جس میں ربر کی متعدد ٹلکیاں زخم کے اندر رکھی جاتی ہیں۔ ان ٹلکیوں کے اگلے سرے بند ہوتے، اور انکے پہلو پر چھید ہوتے ہیں، جن میں کوئی مانع عفونت محلول گزارا جاتا ہے، جو زخم کو پاک صاف کرتا ہے (مفصل بیان کے لئے دیکھو متلوٹ جراحتات۔ جلد اول)

اس طریقہ علاج سے صاف کرنے کے بعد زخم کو بند کیا جاسکتا، اور خیاطت ثانویہ سے سی دیا جاسکتا ہے۔

اسکے علاوہ متلوٹ زخموں کے علاج کے دوسرے طریقے بھی ہیں،

مثلاً (۱) زخم کو صاف کرنے کے بعد عصیدہ مارین کا زخم کی پوری سطح میں
 لپیٹ دینا؛ (۲) سیال نمکین قوی، یا فلیوائن وغیرہ کا استعمال کرنا۔
 مناسب حالات میں ان میں سے ہر ایک طریقہ مفید نتیجہ بخشتا ہے۔
 عل بترجن حالات میں ضروری ہے، انکا ذکر ہر وجہ رضیہ میں
 ہو چکا ہے۔

جروح سمیہ (زہریلے زخم)

جروح سمیہ، ان زخموں کے سوا، جو مخصوص جراثیم کے تلوث
 سے پیدا ہوتے ہیں، وہ ہیں جو حشرات الارض یعنی کیڑوں کے ڈنک
 مارنے یا کاٹنے، سانپ کے ڈسنے، اور تشبیج بعد اموت کے عمل میں پیدا
 ہوتے ہیں۔

بعض لوگوں نے ان سب زخموں میں قصابوں کے ٹولوں (سم)

کو اور انگلی (ڈاؤن) کو بھی شامل کیا ہے

حشرات الارض | مثلاً شہد کی مکھیرا اور جیڑوں (زناہیر) کے
 ڈسنے سے عضو میں درد پیدا ہوتا ہے، اور نگہ ہے اس سے شدید درد لاحق
 ہو جاتا ہے، لیکن عموماً یہ خطرناک نہیں ہوتا۔ بائیں اگر اسکے ساتھ دوسری
 کوئی شدید آفت لاحق ہو جائے، مثلاً حمہ (سرخسہ) پیدا ہو جائے
 یا یہ لدغ (ڈسنے) کی تعداد بہت زیادہ ہو، مثلاً شہد کی بہت سی مکھیاں

۱۔ مارین پیسٹ (بی آئی پی پیسٹ) ۲۔ بوجرس وارٹ

۳۔ ہائی پرائمک سیلان سولوشن ۴۔ اری سپلس

۵۔ پوسٹ مارٹم

یا بھڑوں کا پورا چھتہ کسی شخص کو لپٹا گیا ہو، یا یہ کہ وہ عضو جہاں ڈنک
رہتا ہے، اس میں سخت آؤ یا پیدا ہو سکتا ہو، مثلاً حلق اور زبان نہیں
ڈنک لگنے سے گاہے میز مار و خجرہ میں شدید ورم پیدا ہو جاتا ہے، تو
ان تمام حالات میں یہ حکم اور خطرناک بھی ہو سکتا ہے۔

بھڑوں اور بھپوؤں کے ڈنک سے جو سمیت خارج ہوتی ہے،
وہ ترش (حامض) ہوتی ہے، اور ڈنک کے مقام میں داخل
ہو کر ساخت کے ان پھیل جاتی، اور اعصاب کو متاثر کر کے
درد وغیرہ پیدا کرتی ہے۔ اسلئے ضروری ہے کہ اس سمیت
کو جذب ہونے کا موقع نہ دیا جائے۔ اور جلد سے جلد کھاری
چیزوں سے اس کے اثر کو باطل کر دیا جائے۔ ورنہ انجذاب کے
بعد کھاری چیزوں کا استعمال زیادہ موثر ثابت نہ ہوگا۔

علاج:۔ بلا تاخیر کوئی کمر و رقلوی (بورقی) غسل رکھا جائے۔
اور کسی قدر مل دیا جائے۔ تاکہ سوراخ کے اندر دوا داخل ہو جائے۔
اس مقصد کے لئے محلول نوشا در یہ (لائیکر امونیا) اور محلول تسلیوہ
(لائیکر پٹاش) بہت بہتر ہیں۔ گاہے یہ بھی کافی ہوتا ہے کہ تازہ پیاز کو
کاٹ کر لہرغ کے مقام پر رکھ دیا جائے۔ ڈنک کے مقام سے سوئی یعنی
ڈنک کا نکالنا بھی ضروری ہے۔ بشرطیکہ وہ اندر رہ گیا ہو۔ اسی طرح یہ
بھی مناسب ہے کہ اس مقام کو دبا کر ایک آدھ قطرہ خون یا مائیت
نہا۔ ج کر دیا جائے۔

داخل ہو کر بعض قسم کی کھیاں اور کڑیاں (عناکب) نہایت

زہریلی ہوتی ہیں، اور یہ کہ مختلف امراض مریضوں سے تندرستوں تک مکھیوں کے ذریعہ منتقل ہوتے ہیں، چنانچہ جب مکھی کسی گندہ مردہ پر بیٹھتی اور اسے کھاتی ہے، پھر وہ کسی شخص کو کاٹتی ہے، تو اس سے ایک قسم کا عفولی درم پیدا ہو جاتا ہے، اس میں بھی کوئی شک نہیں کہ جیڑہ خبیثہ گا ہے اسی طریقہ سے پھیلتا ہے، رہا مچھروں کا دور، وہ حمایت اجامیہ (موسمی بخار۔ لرزہ بخار) کے پیدا کرنے میں اہمیت رکھتا ہے۔

لدرغ حیات | (سانپ کا ڈسنا)، سانپ کا زہر ایک قسم کی رطوبت کی شکل میں ہوتا ہے، جسکے اندر رطوبت بیضیہ (ماضیہ) اور ایک قسم کا خمیر پایا جاتا ہے۔ یہ رطوبت ایک غددی پتیلی میں پیدا ہوتی اور جمع رہتی ہے جو بالائی جیڑے میں پائی جاتی ہے، اور یہاں سے نالیدار دانت کے ذریعہ خارج ہوتی ہے۔ یہ زہر محض اُس وقت اثر کرتا ہے جبکہ یہ خون میں جذب ہو جاتا ہے۔ جب تک جلد یا غشاء مخاطی سلیم ہوتی ہے، اُس وقت تک اسکی کسی تاثیر پیدا نہیں ہوتی، اعصاب پر اسکا اثر سموم مخدرہ کے مانند ہوتا ہے۔

اس ملک میں بیت سے اقسام کے سانپ پائے جاتے ہیں، جن میں سے چند زہریلے اور باقی غیر سمی ہوتے ہیں۔ بے زہر سانپوں کی کاٹنے سے محض زخم پیدا ہو جاتا ہے، اور سمی علامات نمودار نہیں ہوتیں اس لئے ایسے زخموں کے احکام عام بردرج کے احکام کے مطابق ہونگے مشورہ زہریلے سانپوں میں سے کالا (ناگ)، کوڑا لہ، پھنیر اور کرہٹ وغیرہ ہیں۔

سچی اور غیر سچی، سانپوں کی پہچان انکی زندگی میں اکثر مشکل ہوتی ہے۔ مگر بعض لوگوں نے بتایا ہے کہ زہریلے سانپ دبھیر کے سوا، دو گز سے زیادہ لمبے نہیں ہوا کرتے۔ شمالی ہند میں جو زہریلے سانپ پائے جاتے ہیں، ان میں نتھنوں سے لیکر آنکھ کے کنارے تک ایک جھلکے دار پردہ سالنگا ہوا ہوتا ہے، برعکس اسکے غیر سچی سانپوں میں یہ جھلکا نہیں ہوتا، اور اگر ہوتا بھی ہے، تو وہ آنکھ یا نتھنوں تک نہیں پہنچتا۔ جب سانپ کو مار کر دیخا جاتا ہے، تو منہ سے پیلے سانپوں کے بالائی جبڑے میں دونوں طرف دانتوں کی صرف ایک قطار پائی جاتی ہے، اور جبڑے کے بیرونی کنارے پر دوسری قطار کے عوض میں ایک دوا یا تین چار سو راخدار یا ایک دانت پائے جاتے ہیں، جبکہ اُنیاک آلٹرنٹ (دو انٹیش) کہا جاتا ہے۔ ایسے زہریلے دانت عموماً ہر طرف ایک ایک ہی ہوا کرتے ہیں، مگر شاید دو اور دو تین۔ اور چار بھی ہوتے ہیں۔ لیکن چار سے زیادہ دیکھے نہیں گئے۔ یہ دانت بعض سانپوں میں تو جبڑے سے (دوسرے دانتوں کی طرف) لگے ہوتے ہیں، مگر بعض سانپوں میں ایک متحرک جوڑ میں جیکد ہر تے ہیں۔ ان دانتوں کے سامنے کوئی اور دانت نہیں پایا جاتا۔ ان کی جڑ میں ایک نالی ہوتی ہے، جو ایک گلی یا تھیلی میں تمام ہوتی ہے۔ یہ نالی زہریلی رطوبت بھری ہوتی ہے۔ اگر اس رطوبت کو اس تھیلی سے نکال کر کچھ مدت تک رکھ چھوڑیں، تو اسکے خوش اور سحر آئنا میں کوئی فرق نہیں آتا۔

غیر سچی سانپوں کے بالائی جبڑے میں دانت کی دو قطاریں

پائی جاتی ہیں، دوسری قطار جبرے کے بیرونی کنارے میں ہر دو جانب زہریلے دانتوں کی بجائے ہوتی ہے۔ یہ دونوں قطاریں سامنے کی طرف بڑھ کر باریک دانتوں کے ذریعہ مل جاتی ہیں۔ ہر ایک قطار میں دس سے بیس تک ٹھوس (بے نالی) دانت ہوتے ہیں۔

پانی کے سانپ، اور علی الخصوص میٹھے پانی کے سانپ اکثر زہریلے نہیں ہوتے، اسکے برعکس اکثر پھاڑی سانپ، اور خشک مقامات کے سانپ زہریلے ہوا کرتے ہیں۔

بعض سانپ کے دانت اس قدر باریک ہوتے ہیں کہ بعض اوقات ان دانتوں کے زخم مشکل نو دوار ہوتے، یعنی ناپید سے معلوم ہوتے ہیں۔ اگر سانپ کے زخم کا امتحان کیا جائے، تو زہریلے سانپ کے دانتوں کا نشان صرت دو یا تین مقام پر ہوگا۔ اور بے زہر سانپوں کا نشان دانتوں کی قطار کی طرح بکثرت +

عوارض و علامات ۱۔ ٹھنڈے مالک میں سانپوں کی تعداد کم پائی جاتی ہے، اور یہاں یہ کم زہریلے ہوتے ہیں۔ حتیٰ کہ ان فی کاڈ سا ہوا بھی ان مالک میں کم ہی ہلاک ہوتا ہے۔ ہاں اگر ان فی بچے یا کمزور کو ڈس لے، تو ممکن ہے کہ یہ ہلاک ہو جائیں۔ ان مالک میں سانپ کے ٹسے جانے کے بعد سبھی عوارض بھی دیر میں (ایک دو گھنٹے کے بعد) نمودار ہوتے ہیں۔ برعکس اسکے ہمارے ملک میں زہریلے سانپوں کی بہت کثرت ہے، اور ہندوستان میں تقریباً بارہ ہزار سالانہ موتیں محض سانپ کی وجہ سے واقع ہوتی ہیں۔ علی ہذا اس ملک میں سانپ کے ٹسے جانیکے بعد عوارض بھی فوراً (بلا مزید تاخیر) شروع ہو جاتے، اور بہت شدید

ہوتے ہیں، اور اکثر حالات میں یہ ہلک ہی ثابت ہوتے ہیں، اگر چنانچہ عوارض میں سانپ کی نوعیت کو بہت کچھ دخل ہے۔

سانپ کے کاٹنے کے بعد (اگر وہ بہت زیادہ زہریلا نہ ہو) مریض کو دروسر کی شکایت اور ڈسے ہوئے مقام پر سوزش ہوتی ہے، تھوڑی دیر کے بعد برہمی کا سا جھجکا ہوا درد محسوس ہوتا ہے۔ آخر کار وہ مقام بے حس، نیلا، اور متورم ہو جاتا ہے۔ گاہے زخم سے خون کے چند قطرے بھی خارج ہو جاتے ہیں، اور دانتوں کے نشان کے مقام پر جا ہلخون پایا جاتا ہے، کہبت یعنی خون کی نیلی رنگت بعض اوقات دور تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔

بحری سانپوں کے دانت چونکہ بہت باریک ہوتے ہیں، اسلئے انکے نشانات کم نمایاں ہوتے ہیں۔

جب زہر خون کے اندر سرایت کر جاتا ہے، اور وہ کمزور ہوتا، یا کم مقدار میں خون کے اندر جذب ہوتا ہے، تو عام بدنی عوارض ظاہر ہوتے ہیں، مثلاً مریض بھینپی (قلق و اضطراب) اور نا اُمیدی میں مبتلا ہو جاتا ہے، قوتیں نڈال ہو جاتی ہیں، بینائی کمزور ہو جاتی ہے۔ آنکھ کی پتلیاں پھیل جاتی ہیں، نبض تیز ہو جاتی ہے اور گھٹے ہوئے بھی ہوتی ہے۔

اگر زہر شدید ہوتا ہے، تو ہڈیاں اور بیہوشی (قوما) بہت جلد طاری ہو جاتی ہے۔ جسم ٹھنڈا ہو جاتا، اور پسینہ سے تر ہو جاتا ہے۔ نبض ضعیف ہو جاتی، اور مرک مرک کر چلتی ہے (نبض متفاوت)، سانس میں تنگی اور وقت پیدا ہوتی، بولنے اور نکلنے کی قوت جاتی رہتی ہے۔ آخر کار سخت بیہوشی طاری ہو جاتی ہے، اور مریض خراٹے سے سانس لینے لگتا ہے، اور

اسی حالت میں موت آ جاتی ہے۔ بعض اوقات مریض تشنج میں مبتلا ہو کر مرجاتا ہے۔ گاہے بول و براز ادرتے کے ساتھ خون خارج ہوتا ہے۔ اگر مریض کچھ مدت تک جیتا رہے، تو بعض اوقات مائون عضویں منظمونی منتشر اور غافلانا شروع ہو جاتا ہے، اور بے ارادہ اسہال جاری ہو جاتے ہیں۔

بعض لوگوں نے یہ بھی بتایا ہے کہ سانپ کے کاٹنے کے بعد رگوں کے خون سے انجماد کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔

معائنہ بعد الموت ازخم کے کنارے نیلگوں ہوتے ہیں۔ خانہ دار سخت خون سے پُر ہوتی ہے۔ یہ خون ان ساختوں میں گاہے منجمد ہوتا، اور گاہے بالکل رقیق ہوتا ہے۔ سینہ اور شکم کے اعضا میں نازب دموی کی وجہ سے نیلا ہٹ ہوتی ہے۔ جیسے پڑے خون سے متلی ہوتے ہیں۔ بطون دماغ میں آپ خون پایا جاتا ہے۔

علاج (مقامی) :- مقامی علاج کا مقصد یہ ہے کہ زہر کو خون میں جذب ہونے کا حتی الامکان موقع نہ دیا جائے، اور یہ اسی وقت مفید ہو سکتا ہے، جبکہ معالج کو سانپ کے کاٹنے کے بعد بلا تاخیر علاج کرنے کا موقع مل جائے۔ ورنہ انجذاب کے بعد یہ عمل بے سود ہے۔

جو وقت کسی شخص کو سانپ کاٹے، تو فوراً دلاتا خیر ایک مضبوط سوئی یا ریشمی ڈوری سے کٹے ہوئے مقام کے دو ایک قیراط اوپر عضو کو اتنا کس کر باندھ دیں کہ دوران خون بند ہو جائے۔ اگر ممکن ہو تو ایک ٹکڑی اس بند کے اندر پھنسا کر بل دیدیں کہ گرہ زیادہ کس جائے۔ پھر لے ڈی فیوز سیلیولائیٹس۔

اس سے چار چھ قیراط کے فاصلہ پر دوسرا بند لگائیں۔ اسی طرح اس سے
 اوپر تیسرا اور چوتھا بند کسیں۔ مثلاً اگر انگلی پر سانپ کا ٹٹے تو ایک بند انگلی
 کی جڑ میں، دوسرا قبضے کے گرد، اور تیسرا کلائی کے گرد باندھیں۔ اسکے
 بعد اس ڈسے ہوئے مقام یا دانتوں کے نشان کے چاروں طرف نشتر یا
 مچھری کے ذریعہ ہڈی تک اچھی طرح شگاف دیکر خون نکال لیں۔ پھر زخم کو
 خود مرہض (پنے مُنہ سے جو سے، یا کوئی دوسرا شخص اس عمل کو کرے۔ جو سننے
 والے کے مُنہ میں جو کچھ خون اور رطوبت داخل ہو، اُسے وہ بار بار مقوکتا
 جائے۔ اگر جو سننے والا شخص اپنے مُنہ میں رومال یا روئی کا گولہ سا بنا کر رکھ
 لے، تو بہتر ہے، تاکہ سمیت کے حلق تک فروہونے کا اندیشہ جاتا رہے۔ یہ
 بھی ضروری ہے کہ جو سننے والے کے مُنہ میں کسی قسم کا زخم نہ ہو، مثلاً مسوڑھے
 متورم اور متعجب نہ ہوں۔ ورنہ ممکن ہے کہ اس زخمی مقام میں سانپ کی سمیت
 سرایت کر جائے، جو سننے کے بعد مُنہ کو اچھی طرح دھو لیا جائے۔ پھر
 زخم کو جلتے ہوئے کوئلہ یا گرم کئے ہوئے لوسہ سے داغ دیں، یا بارود رکھ کر
 جلا دیں۔ یا اسپر کوئی تیزاب، مثلاً تیزاب شورہ ڈال دیں۔ اگر ممکن ہو تو زخم پر
 پچھنے لگا کر جو سننے کی بجائے سنگھیاں کچھوائیں۔ اگر انگلی یا انگوٹھے میں زہر ملا
 سانپ کا لٹے، تو موثر اور یقینی تدبیر یہ ہے کہ فوراً اسکو جڑ سے کاٹ کر
 علحدہ کر دیا جائے۔

اگر وقت پر قلو یہ منغیس آگین اعلیٰ روٹاش پر بینگے نیٹ) مہیا ہو سکے
 تو زخم کو نشتر سے چیرنے کے بعد اسکے اندر اس دوا کا سفوف بھر دیا جائے
 اگر ایسے مقام پر سانپ نے کاٹا ہے، جہاں بند لگانا ممکن نہیں، اور
 نہ اس عضو کو قطع کرنا ممکن ہو، جیسے سر، شکم، پشت وغیرہ، تو فوراً جلد کا ایک

ہکڑا مع گوشت کے جو تقریباً نصف قیراط گرا ہو، دانت کے نشان کے
م سے کاٹ کر نکال لیں، اور زخم کے اندر وہی مذکورہ بالادوار بھر دیں،
مکو تدا بیر مذکورہ سے جلا ڈالیں +

بعض تجربہ کاروں کا بیان ہے کہ اگر یہ عمل (بند لگانا، چیرنا، اند
مذکورہ کا اسکے اندر بھرنا) ۵ دقیقے کے اندر کیا گیا، تو ہر زہریلے سانپ
علاج کے لئے کافی ہے۔

اگر یہ بند آدھ گھنٹے تک یا اس سے زیادہ عرصہ تک بندھا رہے
عضو کے مردہ ہو جانے کا اندیشہ ہے۔ لیکن جان بچانے کے لئے
عضو کی قربانی کی جاسکتی ہے۔ برعکس اس کے بند کے ڈھیلے
نے یا جلد کھول دینے کی حالت میں مرینہ کی ہلاک ہونے کا احتمال
ہا ہے۔ اسلئے بہتر یہ ہے کہ اگر وہ عضو نگلی کی طرح چھوٹا ہے، تو اسے
ٹکڑے ٹکڑے کر دیا جائے، اور اگر وہ عضو بڑا ہے۔ تو بند کو اس وقت تک
بلا کریں، جب تک سبھی علامات موجود ہوں، یا جب تک مقام ماؤنٹ
یا اور نیلگوں نہ ہو جائے +

کچھ عرصہ کے بعد اگر اس عضو میں ورم فلفلی پیدا ہو جائے، تو حسب
ستور اسکا علاج کمید اور شگاف سے کریں +

م بدنئی علاج - اس علاج کے دو مقاصد ہوتے ہیں۔ اول جذب
سمیت کو حتی الامکان کمزور اور بے اثر کرنا، و دوم بدنئی ضعف کو
الامکان رفع کرنا +

رفع سمیت کے لئے مختلف قسم کے تریاقات اور فادز ہر
سیلو لائی ٹس +

بتائے جاتے ہیں، جنکی بابت عجیب و غریب اقوال ہیں۔ ان کے مفید ہونے کا یقینی حکم لگایا جاسکتا ہے، اور نہ قطعاً انکار کی گنجائش ہے۔ اس مقصد کے لئے سانپ کی سمیت سے ایک مصل فادسین تیار کیا جاتا ہے، جسے سانپ کے کاٹنے کے بعد بہت جلد کافی مقدار میں بدن کے اندر پھکاری کے ذریعہ پہنچا دیا جاتا ہے۔ اسکو بعض لوگ موثر کہتے ہیں، مگر دوسرے لوگ ابھی اس کے فائدہ کے متعلق قطعی حکم لگانے سے عاجز ہیں۔ بعض محققین کا بیان ہے کہ جب سمیت عام دوران خون میں شریک ہو جاتی ہے، اور اس سے قلب و مراکز تنفس ماؤف ہو جاتے ہیں، تو کوئی طریقہ علاج اور کوئی تریاق صحت کا یقین نہیں دلا سکتا۔ لیکن مذکورہ بالا مصل (تریاق حید) چونکہ سمیت کو باطل یا بے اثر کرتا ہے، اسلئے اس سے یہ کسی قدر امید کی جاسکتی ہے کہ بدن کے اندر سرایت کئے ہوئے زہر کو کم کر دیگا +

جھاڑ بونک اور بعض تریاقات کے اثرات کے متعلق اگرچہ بعض لوگ سختی سے مخالف اور منکر ہیں، مگر اس ملک میں بہت سی ایسی روایتیں سننے اور دیکھنے میں آئی ہیں کہ انکار کا کوئی پہلو نکل نہیں سکتا؛ اسلئے ہم اس کے متعلق کوئی حتمی فیصلہ کرنے سے عاجز ہیں۔

بعض لوگوں کا یہ بھی بیان ہے کہ اس ملک کے زیادہ زہریلے سانپوں (مثلاً کوڑیالہ، پھیر وغیرہ) کے زہر جب خون میں پونج جاتے ہیں تو پھر کسی طرح ایسے مریضوں کے بچنے

۱۱ جگانام تریاق حید (اینٹی وے نین) ہے +

کی اسید نیس +

رفع ضعف اور بیہوشی کے لئے شروع ہی سے محرک تدابیر اور محرک ادویہ استعمال کرتے رہیں۔ مثلاً محلول اذراقین لائیکر اسٹرکنیا کی جلدی پچکا رہی دو۔ دو یا تین تین گھنٹے کے بعد کریں۔ غشی کی حالت میں ضماد خردل (رائی کالیپ) دل، فم معدہ، اور گردن پر لگائیں۔ مریض کو پھرائیں، اور سونے نہ دیں۔ یا ضماد خردل کی بجائے دل اور حجاب حاجز پر بجلی لگائیں۔ بدن سرد ہو جائے تو اسکو گرم کریں، گرم پانی کی بوتلیں بگلوں اور رانوں میں رکھیں، اور پنڈلیوں پر ضماد خردل لگائیں +

ورنہ التشریح اور ثول جزائر (تصابو کو مٹے یا دئے)

گاہے تصابوں اور تشریح کے لئے لاش چیرنے والے کی انگلیوں اور قبضہ در سب پر گرہ سی بلندی یا گٹھلی پیدا ہو جاتی ہے، جو غالباً ورنی ٹکڑ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ اسکا علاج یہ ہے کہ اس کو کاٹ کر علیحدہ کر دیا جائے۔ یا دانوں پر تیز کاویات لگائے جائیں۔

جروح التشریح

وہ زخم جو لاش چیرنے کی حالت میں لگ جاتے ہیں، خواہ تشریحی مقصد سے ہو، یا امتحان بعد الموت کے لئے۔ چنانچہ لاش چیرنے کی

۱۔ اناٹومیکل ٹولز برکس ۲۔ بوجرس وارٹ ۳۔ ٹیو بر کو رائفلشن ۴۔ ٹیکشن

اؤٹز (اور) پوسٹ مارٹم اؤٹز +

حالت میں جو زخم لگ جاتے ہیں، ان میں دو قسم کے عوارض پیدا ہو سکتے ہیں:-

(۱) مقامی، مثلاً پٹیاں، پھوڑے، یا التهابِ فلفغونی منتشر (پھیلنے والا)۔

(۲) عمومی، مثلاً تھن لوم، علی الخصوص اُس وقت جبکہ وہ مردہ (جسکی لاش چیری جا رہی ہے) دورانِ زندگی میں شدید التهابِ صفائح کا مریض رہ چکا ہو، اور اسکا عدوی اُس زخم میں پہنچا ہو۔

علاج:- ایسے زخموں کے علاج میں فوراً ہی توجہ کرنیکی ضرورت ہے۔ سمیت کے انجذاب کو روکنے کیلئے زخم سے اوپر اُنکلی کو سختی سے باندھ دینا چاہئے (بند لگانا چاہئے) اگر زخم باقہ میں ہو۔ تو بند کلائی پر لگانا چاہئے۔ پھر زخم کو کسی قوی اُن عفونتِ غسول سے پانچ دقیقہ تک ترک کر دیا جائے۔ اگر زخم کو دوبارہ خون نکالا جائے، تو بہتر ہے۔ اُسی طرح اگر ضرورت ہو تو زخم کو نشتر سے کسی قدر بڑھا کر صاف کر لیا جائے۔

انگلیوں کے جروح سمیر (زہریلے زخموں) سے لگاسے ناخن کے نیچے یا اس کے قرب وجوار میں التهاب پیدا ہو جاتا ہے، جسکو ”دخس“ (انگل بیڑہ) کہتے ہیں +

دخس (بیشری)

یہ مرض عموماً انگلیوں کے عفونی جراحات (جروح سمیر) کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس مرض کی وجہ سے انگلی اور ہاتھ کے طبعی کاموں میں خلل پیدا ہوتا

لہ سبھی سی میا۔ ۱۱۵ (تلوڈ انگریزی) انگل بیڑہ۔ جیلوری۔ نور پکنا +

ہے۔ اور گاہے اس سے مملک خطرات کا اندیشہ بھی رونما ہو جاتا ہے۔ جس کی چار بڑی قسمیں ہیں۔

(۱) داخل بشری رخت البشرہ جس میں پیپ بشرہ کے نیچے جمع ہوتی ہے۔ یہ بذات خاص زیادہ خطرناک نہیں ہوتی ہے۔ اگرچہ اس میں درد بہت شدید ہوتا ہے۔ اگر اسکا درد شدید نہ ہوتا، تو اسکی اہمیت اور بھی کم ہو جاتی۔ اسکا علاج شگاف لگا کر یعنی آزاد بشرہ کو دور کر کے تمکید و تمکید پورنی کرنا ہے۔

(۲) داخل جلدی رخت البجلد جس میں پیپ جلد کے نیچے خلوئی میں جمع ہوتی، اور دور تک پھیل جاتی ہے، اور انگلی پر دور تک التهاب خلوئی نمودار ہوتا ہے، گاہے اس سے ہتھیلی اور کلائی بھی مآذون ہو جاتی ہے، اور گاہے اس میں پیپ ناخن کے نیچے جمع ہو جاتی ہے۔

علاج :- جس قدر جلد نکلے ہو، شگاف لگا کر پیپ خارج کر دینا چاہئے۔ جس سے تکلیف و درد کی شدت معاً ختم ہو جاتی ہے۔ اگر ناخن کے نیچے پیپ جمع ہو گئی ہو تو ناخن کے آزاد کنارے کے نیچے شگاف لگانا چاہئے۔ اگر شگاف لگانے میں عجلت نہ کی گئی، تو ممکن ہے کہ ہاتھ کے التهاب خلوئی میں نتیجہ پیدا ہو جائے، ایسی صورت میں داخل کے مقامی علاج کے ساتھ التهاب خلوئی کا علاج بھی ضروری ہوگا؛ جس میں لمبے لمبے شگافوں کی دور تک حاجت ہوگی۔ ہاتھ کے دیگر التهابات کی طرح اس میں بھی ہاتھ کو بلند رکھا جائے، اور کمادات مطہرہ اور مرطبہ استعمال کی جائیں۔

(۳) داخل غمدی، جس میں پیپ اوتار کے غلافوں (غند) کے اندر

لے سب کیونٹی کیورڈ لے سب کیونٹی فی آس۔ لے سب کیورڈ لائی ٹس۔ لے سب کیورڈ کل +

جمع ہوتی ہے۔ انگلی متورم ہو جاتی ہے۔ درد کی شدت ہوتی ہے، جس سے
نیند تک غائب ہو جاتی ہے۔ انگلی کو موڑنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے
اگر یہ مرض چھوٹی انگلی (خنصر) میں ہو تو گا ہے پیپ ہیکلر ہتھیلی کے مشترک
غلات تک پہنچ جاتی ہے، جبکہ عوارض بہت شدید ہوتے ہیں۔ اس
مرض میں بعض اوقات یہ بھی ہو جاتا ہے کہ اوتار مردہ ہو جاتے ہیں،
یا ایک دوسرے کے ساتھ جڑ جاتے ہیں (انتصاق)۔ اگر یہ انگوٹھے میں
ہو تو گا ہے رسخ کے رباط حلقی مقدم کے نیچے سے گزر کر کلائی تک پہنچ
جاتا ہے۔

علاج :- وسیع شگاف لگانے میں غفلت کرنی چاہئے، ورنہ ممکن
ہے کہ التهاب کے اثر سے پڑ مردہ ہو جائے؛ یا یہ کہ (جیسا کہ اوپر بتایا
گیا) مرض پھیل کر ہتھیلی اور کلائی تک پہنچ جائے، انگلیوں پر شگاف
لگانے میں حتی الامکان جوڑوں کو بچالیں۔ یعنی جوڑوں کے مقام پر
نشر نہ لگائیں۔ نیز اس قسم میں شگاف انگلی کے خط وسطانی پر لگانا چاہئے
اور شگاف کو اتنا لمبا اور کشادہ رکھنا چاہئے کہ مواد کا بہاؤ پورے
طور پر ہو جائے۔ چنانچہ گا ہے شگاف کو ہتھیلی تک بڑھانا پڑتا ہے نیز
شگاف لگاتے وقت منروق و اعصاب کو ماؤن ہونے سے بچایا جائے۔
عفونت کو روکنے اور محدود کرنے کے لئے طریقہ بائرسے احتقان قمری
پیدا کرنا، نیز کمیدات اور گرم مانع عفونت غسولات میں ہاتھ کو ڈبونا
مفید ہوتا ہے +

قمری احتقان :- طریقہ بائرس :- اس طریقہ میں وریدوں کے اندر

اجتماع خون (احتقان وریدی) پیدا کرنے کے لئے ربر کا پتلا سا



تصویر (۱۴)
ہاتھ کے اوتار قابضہ کے
زلالی غلافوں کا خاکہ



تصویر (۱۵)
داخل (انگل بیڑا) کی مختلف قسموں میں کہاں کہاں
شگان لگائے جاتے ہیں، اور یہ کہ اسکی مختلف قسمیں ہاتھ
اور کلائی میں کہاں تک پہنچ جاتی ہیں *

بند لگایا جاتا ہے۔ یہ طریقہ جوڑوں کے امراض اور التهابات کے
عوارض کے علاج کے لئے استعمال کیا جاتا ہے +

ذاتی اور قری تحریکات انگلیوں کے تمام جوڑوں میں جلد ہی
کرا دینا چاہئے۔ ورنہ ممکن ہے کہ یہ جوڑے حرکت ہو جائیں +

(۴) وائس سلجھاتی (سحاق - غشاء العظم) جس میں پیپ غشاء العظم
(سحاق) کے نیچے جمع ہوتی ہے۔ یہ قسم عموماً اخیر پورے میں واقع ہوتی
ہے۔ اگر وقت پر مناسب تدارک نہ کیا گیا تو گاہے پورا پورا مردہ ہو جاتا
ہے (گل جاتا ہے)۔ گاہے یہ قسم وائس غدی کے نتیجے میں پیدا ہوتی ہی
اور گاہے ابتداءً بھی۔ علیٰ ہذا التهاب گاہے انگلی کے سرے ہی تک محدود
رہتا ہے، اور گاہے پتیلی تک پہنچ جاتا ہے +

علاج :- قسم سویم کے مانند اسکا علاج کریں۔ اس قسم میں شگاف
انگلی کے پہلو پر لگانا بہتر ہے۔

شگاف آزادی سے کشادہ لگائیں۔ گلی ہوئی ہڈیاں نکال ڈالیں
گمادات اور حمامات مطہرہ (مانع عفونت) استعمال کریں +

اندامال جراحات (التحام التیام)

زخموں کا بھرنا اور اچھا ہونا

طریقہ اندمال جروح کی چند صورتیں بیان کی جاتی ہیں، مثلاً :-
التحام بالقصد الاول،

۱۔ سب پیری آسٹیل (وقت غشاء العظم)۔ ۲۔ ہیپنگ آت ادنٹز۔

۳۔ ہیپنگ بالی فرسٹ ان ٹن شن +

التحام بالقصد الثانی، (بالا ریکہ)۔

التحام ابتدائی متأخر۔

التحام بالعلقہ (خون کے لوتھڑے کے ساتھ)۔

التحام تحت القشرہ (کھرنڈ کے نیچے)۔

لیکن ان سب اقسام اندمال میں جو تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ
و حقیقت سب مماثل اور ایک ہی اصول پر واقع ہوتے ہیں یعنی انگریزی
ساخت (نیچ اریکی) کے بننے سے اندمال کی صورت واقع ہوتی ہے +
ابتداءً اس تغیر میں مقامی التهاب واقع ہوتا ہے، جو فی الحقیقت
جراثیمی تعدیہ کا نتیجہ ہوتا ہے +

زخم کے اندر مائیت دم اور خون کے سفید دانے (کریات بیضا)،
مشرخ ہو کر آ جاتے ہیں، قرب و جوار کی شعریات (عروق شعریہ) اپنے
اندر سے مہین مہین رگوں کے جال زخم کے اندر پھیلا پھیلا کر خون کی نئی
رگوں کے چھوٹے چھوٹے حلقے بنا دیتی ہیں، جو سُرخ سُرخ بلندیوں کی
شکل میں نمودار ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اگر زخم کھلا ہوا ہے، تو یہ سُرخ
بلندیاں آنکھوں سے صاف نظر بھی آ سکتی ہیں، بس اسی طرح انگریزی
ساخت (نیچ اریکی) پیدا ہو جاتی ہے +

اگے چل کر یہ عروقی حصہ (عروقی رقبہ) متغیر ہو کر ریشہ وار سخت
(سُخ یعنی) میں تبدیل ہو جاتا ہے، اس ساخت کے کریات (خلیات)

۱۔ ہیلنگ بائی سکلتان ٹن شن (باہی گرے نیوے شن) ۲۔ ہیلنگ بائی ٹوی
۳۔ یڈ پرائمری یونین۔ ۴۔ ہیلنگ بائی بلا کلاٹ۔ ۵۔ ہیلنگ انڈر سکیب
۶۔ گرے نیوے شن ٹشو۔ ۷۔ لف۔ ۸۔ فائبرس ٹشو +

گول شکل تبدیل ہو کر مکمل نما (مغزنی) ہو جاتی ہے، اور خون کی بیشتر میں ناپید ہو جاتی ہیں۔

اب اگر زخم کے کناروں (حاشیوں) کو (ٹانکے وغیرہ) کے ذریعہ جوڑ دیا گیا ہے، تو ایسی صورت میں کناروں کی جلد سے بشرہ کے لیاات زخم کے نازک ندبہ (دختر بشرہ) کی طرف بڑھ کر اُس کو ڈھانک لیتے ہیں، یعنی نازک اور تازہ ندبہ جو پہلے کھلا ہوا تھا، اب اُس پر جلدی خلیات با غلاف چڑھا دیتے ہیں۔ لیکن یعنی ساخت کے پیدا ہونے وقت اس میں کسی قدر سکیٹر (انقباض) اور کھنچاؤ (تقلص) ضرور پیدا ہوتا ہے۔

کامیابی یہ ہے کہ مندل شدہ حصہ (مقام ندبہ) میں کم و بیش جھریاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ جب کسی تازہ زخم کے کناروں کو ٹانکے وغیرہ سے انا ہو تو مندرجہ بالا حقیقت کا یا درکھنا مناسب ہے۔ زخم کے کناروں کو نہایت احتیاط کے ساتھ قریب لاکر ملا دینا اور قدرے بھار کر اوپر کی طرف پلٹ دینا چاہئے، تاکہ اندرونی سکیٹر کی وجہ سے مندل شدہ حصہ میں جھریاں کم پیدا ہوں۔

جب جراحت کی وجہ سے ساخت کا کوئی حصہ کمٹ کر ضائع ہو جاتا ہے، تب بھی نعل اندمال اصولاً اسی مذکورہ بالا طریقہ پر واقع ہوتا ہے۔ مگر ضائع شدہ ساخت کی خلا کو پہلے پُر ہونا پڑتا ہے۔ خلا کی دیواروں کے انگوڑے نیچے نیچے یعنی ساخت بنتی جاتی ہے، حتیٰ کہ زخم کی خلا پرورے طور پر بھر جاتی ہے، اور زخم کے انگوڑے صریح بلندیاں بیرونی سطح پر رونما ہو جاتی ہیں۔ اب اس پاس کی

لہ اسپنڈل شیڈ +

جلد سے بشرہ کے خلیات بڑھ بڑھ کر زخم کے انگوٹ پر ایک غلاف چڑھا دیتے ہیں۔ ایسے گہرے زخموں میں چونکہ نئی لیفی ساخت زیادہ بنتی ہے، اور سکیڑ زیادہ پیدا ہوتی ہے، اسلئے مندل شدہ حصہ پر بدشکلی زیادہ رونما ہوتی ہے۔ ایسے زخموں کی عارضی خلا ریا تو منجھ خون (علقہ) سے بھر جاتی ہے، یا اسکے اندر خرقہ رکھتے (ٹھونس دیا جاتا ہے)۔

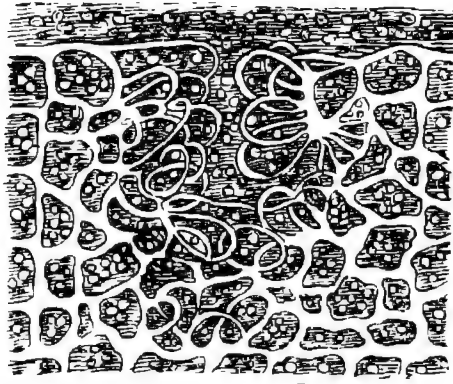
(۱) جب زخم صاف ہو، اور کوئی ساخت تلف نہ ہوئی ہو، تو ایسے زخموں میں اندمال بالقصد الاول ہوتا ہے؛ بشرطیکہ جریان خون (نزف دموی) بند کر دیا گیا ہو، اور زخم کے کناروں کو ملا دیا گیا ہو۔
(۲) اندمال بالقصد الثاني اس وقت واقع ہوتا ہے، جبکہ :-
دالف، کوئی ساخت مجروح ہو کر ضائع ہو گئی ہو۔

(ب) یا جبکہ زخم میں عفونت پیدا ہو گئی ہو۔

(۳) اندمال ابتدائی متاخر بعض حالات میں، جبکہ مناسب علاج و تدبیر کے بعد عفونت رفع ہو جاتی ہے، اور زخم کا انگوٹرا دیکر، غیر عفونی اور تندرست حالت میں آ جاتا ہے، تو جراح عمل نیاطت کے ذریعہ زخم کو بند کر سکتا ہے۔ اسکو خیا طت ثانیہ کہہ جاتا ہے اور اسکی وجہ سے زخم کے کنارے نسبتاً جلد جڑ کر مندل ہو جاتے ہیں، اور اگر ٹانگے نہ لگائے جائیں، تو دیر سے اندمال ہوتا ہے۔

بعض حالات میں، جبکہ جراح کو یہ اندیشہ ہوتا ہے کہ زخم میں عفونت پیدا ہو جائیگی، نوری علاج یہ کیا جاتا ہے کہ زخم کو صاف (مطہر) کر کے اس میں خرقہ رکھتے (بھر دیا جاتا ہے)۔ پھر ہم گھنٹے کے

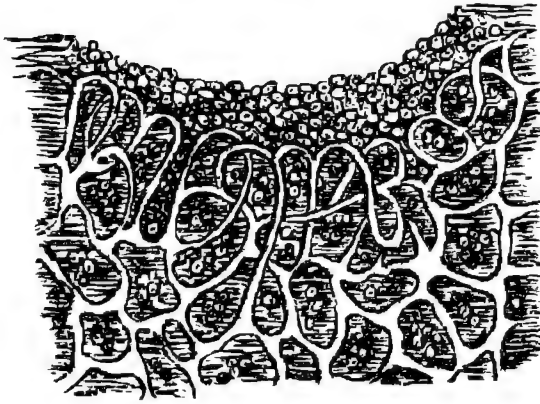
لہ گاڑ۔ ۱۲ گھنٹہ کی سیوچ۔ ۱۲ گھنٹہ کی سیوچ پر امری سیوچ +



تصویر (۱۶)

اندال یا القصد الاول کا خاکہ

جراحت یعنی خلوی ساخت سے بھری ہوئی ہے، جس میں عروق
شعریہ کے طے پہلے ہوئے ہیں، جو نیچ اریکی یا انگر بنا رہے ہیں،
در انحالیکہ بشرہ سطح کے اوپر متحد ہو کر پھیل گیا ہے +



تصویر (۱۷)

خاکہ اندال بقصد ثانی (اندال بالآریکہ)

بعد اسکو نکال کر زخم کی حالت دیکھی جاتی ہے، اگر زخم اچھی اور غیر عفونی حالت میں ہے، تو اُسکے کناروں کو ٹانکوں کے ذریعہ ملا کر بند کر دیا جاتا ہے، اسکو خیا ط ط اَوَّلِیْہ مَتَّأَخِرَہ کہتے ہیں۔

(۴) اند مال بالعلقہ (خون کے لو تھڑے سے) صرف اُن زخموں میں ہوتا ہے، جو غیر عفونی (مطہر) ہوں، اور ساختوں کے تلف ہو جانے کی وجہ سے ان کے اندر خلا میں پیدا ہو گئی ہوں، جو منجہ خون کے لو تھڑوں سے بھر جاتی ہیں۔ اب اسکے بعد اسکی دو صورتیں ہیں: (۱) گاہے بیرونی سطح کی ساختیں باہم مل جاتی ہیں، اور زخم ڈھکا رہتا ہے، اور (۲) گاہے زخم کھلا رہتا ہے۔ دونوں صورتوں میں خون کے منجہ لو تھڑے کے اندر خون کے دانوں کا هجوم ہوتا ہے جو خون کو جذب کر کے غائب کر دیتے ہیں، اور اس جگہ انگری ساخت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے زخم آخر کار بھر جاتا ہے۔

(۵) اند مال بالبقشرہ (کھرنڈ کے ذریعہ) صرف سطحی زخموں میں ہوتا ہے۔ ایسے سطحی زخموں میں جو خون مٹ رہا ہو کر باہر آتا ہے، وہ خشک ہو کر اور ایک کھرنڈ بنا کر زخم کی حفاظت کرتا ہے۔ اس عرصہ میں زخم کا اند مال ہو جاتا ہے، اور پھر کھرنڈ کمزور ہو کر گر پڑتا ہے۔

نشان زخم (ندبہ) کے عوارض

(۱) شدت انقباض (شدت انکماش) یعنی نشان زخم میں راتی کے ساتھ سکیڑ کا واقع ہونا۔ یہ صورت بعض اوقات بہت تکلیف دہ ہوتی ہے، علی الخصوص جبکہ جوڑوں کے موڑ میں واقع ہو اسکا علاج

لے ٹوی لیڈ پر انری سیوچر سے اسکی رکنڈیشن ۶

یہ ہے کہ ندبی ساخت کو کاٹ دیا جائے، اور عضو کو کھول دیا جائے۔ پھر اس تنگی سطح پر عمل ترقیع (ترقیع بطریقہ تھرش یا بطریقہ لُف) کے ذریعہ جلدی پیوند لگائی جائے۔ لیکن اسکے نتائج بھی ہمیشہ اطمینان بخش نہیں ہوتے ہیں۔ اب نیا علاج بعض مریضوں میں مفید ثابت ہوا ہے، وہ یہ کہ فائبر و لائی سین (۱۰ فیصدی) کا مسلسل بطور پچکاری کے پہنچایا جائے اگر کسی زخم میں شدت انقباض کی تکلیف کا اندیشہ ہو، تو بطور حفظ اقدام انگریزی ساختوں میں ابتداء ہی عمل ترقیع کر دیا جائے۔

(۲) جدرہ کا ذبہ۔ گاہے نشان زخم (ندبہ) غیر معمولی طور پر بڑھ جاتا ہے، جسے ”جدرہ کا ذبہ“ کہا جاتا ہے۔ یہ زیادہ تر مرض درنی کے نوجوان مریضوں میں ہوتا ہے۔ ندبی ساخت کے اندر اور ٹانگے کھوڑاؤں میں یعنی ساخت تیزی سے بڑھنے لگتی ہے،

علاج :- جدرہ کا ذبہ کو کاٹ کر الگ کرنا مفید نہیں ہے، کیونکہ وہ دوبارہ عود کر آتا ہے۔ بلکہ کچھ عرصہ کے بعد یہ خود بخود غائب ہو جایا کرتا ہے۔ شعاع رائجن اور شعاعیہ (ریڈیم) کا پہنچانا اکثر مفید ثابت ہوتا ہے (۳) ندبہ کا متقرح ہو جانا :- اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ندبی ساخت کے بننے کے دوران میں شریانوں پر دباؤ پہنچتا ہے، جس سے اس مقام کے تغذیہ میں فساد آ جاتا ہے۔

(۴) سلعہ بشریہ گاہے ندبہ میں نمودار ہوتا ہے۔

سُلعہ ذیب لیفات (ریشوں کا تحلیل کرنے والا) ایک مرکب دوا ہے۔

سُلعہ فاس کیلاڈ (اسپرٹ کیلاڈ)۔ سلعہ اپنی قبلی اوما +

فن جراحی کے عام اصول

زخموں کا عمومی علاج

جراحی علاج کا اصل الاصول یہ ہے کہ ہر حالت میں
۱۔ جراثیم کو زخم کے اندر (حتی الامکان) داخل نہ ہونے
دیا جائے۔

۲۔ یا اگر جراثیم زخم میں پہلے سے موجود ہوں تو حتی الوسع
ساخت پر ادن کے مضر اثر کو روکا جائے۔

جراحیات کے ابتدائی زمانہ میں جبکہ تعدیہ جراثیمی اور عفونت
کے اسباب و علل کا صحیح علم نہ تھا، زخم میں اکثر عفونت اسی وجہ سے
پیدا ہو جاتی تھی کہ ایک مریض پر استعمال کئے ہوئے غسولات اور
اسفنج وغیرہ دوسرے مریض کے زخموں پر لگا دیے جاتے تھے۔ اس
طرح ایک مریض کے زخم کے جراثیم دوسرے مریض کے زخم میں نامعلوم
طور پر منتقل ہو جاتے تھے جس طرح شہد کی مکھیاں ایک پھول کا طلع
(سفوف تناسلی نباتی) دوسرے پھول میں منتقل کر دیتی ہے جس کا نتیجہ
یہ ہوتا تھا کہ جو ساخت پہلے غیر عفونی تھی، وہ اب عدوی سے متعفن اور
مکوث ہو جاتی تھی۔

۳۔ پولن (طلع) وہ بڑا دہ یا سفوف جو پھولوں کے اندر ہوتا ہے اور جو اصل
میں نباتی نطفہ (تناسلی سفوف) کا کام کرتا ہے۔

اسکے بعد کے زمانہ میں، جبکہ تیز اور قوی دافع عفونت ادویہ و غسولات کی گرم بازاری تھی، انتقال جراثیمی اسی طرح ممکن تھا، اگرچہ دور اول کی نسبت اس دور میں اسکے احتمالات نسبتاً کم تھے۔ یعنی اس زمانہ میں عموماً نیک نیت ماہرین جراحات اپنے ہاتھوں کی جلد کو نہایت تیز اور صاف دافع عفونت غسولات سے پاک کیا کرتے تھے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا تھا کہ ادن کی جلد میں جُتے ہوئے کھیت کے مانند نہایت ناہموار اور کھردرے گڑھے (دالیاں) بن جاتے تھے جو کلاں ناشیشہ سے بخوبی نظر آسکتے تھے؛ ان گڑھوں میں جراثیم چپک کر کچھ اس طرح جڑ سکتے تھے کہ ادن کا خارج کرنا مشکل تھا۔ اس طرح ایک مریض کے جراثیم خود جراح کی وساعت سے دوسرے تک منتقل ہو جاتے تھے۔

لہذا اگر تم اپنے جراحی مریضوں میں کامیابی حاصل کرنا چاہتے ہو تو اپنے ہاتھوں کو مریض کے مواد، سپر و فضلات جسم سے نہایت احتیاط کے ساتھ پاک اور محفوظ رکھو، اور اپنی جلد کو نرم، اور ملائم رکھو اسی دافع عفونت تیز و صاف ادویہ اور غسولات کا ہرگز استعمال نہ کرو جن سے جلد میں خراش پیدا ہو، یا جن کے استعمال سے جلد میں شکاف پیدا ہوں، اور جلد پھٹ جائے (دراڑیں پڑ جائیں)۔

دُبر کے دستانے ہاتھوں میں پہن لینے سے ایک مریض کے جراثیم جراح کی جلد کے ذریعہ سے دوسرے مریض میں منتقل نہیں ہو سکیں گے۔ لیکن اگر جراح معمولی احتیاط برتے، اور عام صفائی کا خیال رکھے تو بھی اسکے ہاتھوں کے ذریعہ سے دوسرے مریض کو جراثیمی تلوث پہنچنے کا احتمال بہت کم ہو سکتا ہے۔

عفونی اور لموث زخموں کے علاج میں ہمیشہ دوا باتوں کا لحاظ لازم ہے۔

آدول، تندرست ساخت میں عدوائی جراثیمی سے مقابلہ کرنے کی

توت کا لحاظ۔

دویم، عفونت پیدا کرنے والے جراثیم کی سمیت کا لحاظ۔

توت مدافعت (مناعت) کے عمل میں خون کے سفید دانے یا خلیات آگالہ جراثیم کو کھا جانے والے دانے (کس طرح حصہ لیتے ہیں، اور ان کے عمل مدافعت میں خون کا مصل پہلے جراثیم پر کس طرح اثر کر کے آسانی پیدا کر دیتا ہے، اسکا مفصل بیان علم الجراحات جلد اول بحث مناعت میں (صفحہ ۶۰) گزر چکا ہے۔ اگر جراح ضرورت سے زیادہ مداخلت کر کے خلیات آگالہ (خون کے سفید دانوں) یا مصل کے طبعی افعال میں خرابی یا کمی پیدا کر دیگا تو اس سے مریض کو بجائے فائدہ کے نقصان پہونچنے کا احتمال ہو جائیگا۔ اس کے برعکس اگر جراح خون کے سفید دانوں اور مصل کے طبعی عمل مدافعت میں تحریک و افزائش دینے کی کوشش کرے گا تو اس سے ساخت پر مفید اثر پڑے گا۔

یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ تیز دافع عفونت ادویہ اگر جراثیم کو قتل کر سکتی، یا بے ضرر بنا سکتی ہیں، مگر اسکے ساتھ ہی ادن کے تیز اثر سے ساختوں میں ضعف آجاتا ہے، جس سے انکی توت مناعت کمزور ہو جاتی ہے، اور وہ جراثیم کا اچھا مقابلہ کر شیکے قابل نہیں رہتی ہیں۔

بعض مانع عفونت ادویہ کا اثر جراثیم پر رطوبت بیضیہ (البومن)

لے فیکو ساٹس +

سے لے کے بعد باطل یا ناقص ہو جاتا ہے۔
طبعی قوت مناعت کو بڑبانے، اکتسابی مناعت حاصل کرنے،
تلیحات مصل و اخقان مواد جراثیمی وغیرہ کا مفصل بیان علم الجراحات
جلد اول میں آچکا ہے۔ (دیکھو باب مناعت صفحہ ۴۷)

زخموں کا مقامی علاج

تدبیر غیر عفونی - زخموں کا مقامی علاج غیر عفونی تدابیر سے کیا جاسکتا
ہے، لیکن عموماً یہ اسی حالت میں ممکن ہے جبکہ مقام ماؤت کی جلد میں
تفرق اتصال واقع نہوا ہو، اور جس میں جراح عمل جراحی کرنے کا قصد
کھتا ہو۔ درحقیقت تدبیر غیر عفونی فاضل بسیر کے تدبیر واقع
عفونت کی ایک گونہ ترمیم شدہ صورت ہے جو دراصل طہارت اور
صفائی کی اعلیٰ ترین شکل ہے۔ (دیکھو جلد اول صفحہ ۲۲۳-۲۲۴ اور صفحہ ۲۲۵-۲۲۶)

پہلے مقام ماؤت کی جلد حتی الامکان خوب مطہر اور صاف کر لی
جاتی ہے۔ جراح اور اس کے مددگار اپنے ہاتھوں کو دافع عفونت
غسولات کے ذریعہ جراثیم سے پاک (عقیم) اور مطہر کر لیتے ہیں اور پھر انکو
آب گرم جوش کردہ (آب عقیم) سے بخوبی دھو کر عقیم دستا نے پہن لیتے
ہیں۔ تمام آلات جراحیہ، عجبائے جراحات، زخم پوشینے کے پھائے چادریں
تولید، وغیرہ وغیرہ تمام ضروری چیزوں کو مطہر و عقیم کر لیا جاتا ہے۔
۱۔ اسپتال ٹریٹمنٹ۔ ۲۔ انٹی سپٹک ٹریٹمنٹ جیسا کہ بعد میں ہے۔

۳۔ عقیم (اسٹیرائل) جراثیم سے پاک۔ ۴۔ گاؤن ۵۔ پھائے (سٹرائپس) +

لیکن اس بات کی سخت احتیاط کرنی چاہئے کہ کوئی دافع عفونت میچ دوا یا غسل زخم کے قریب یا اس کے اندر نہ پہنچ سکے، کیونکہ اس قسم کی تیز ادویہ اور میچاں سطح بلد یا زخم پر لگنے سے اون کے طبعی فعل اند مال میں طبع ہوتے ہیں۔ اسکا بھی با احتیاط تمام خیال رکھنا چاہئے کہ جراثیمی عدوی کا توش نہ پہنچنے پائے۔

معمولی علیات جراحیہ کے لئے مندرجہ بالا طریقہ عمل اصولاً اعلیٰ ترین طریقہ ہے، مگر اسکو کسی حد تک تہ بیر دافع عفونت کے ساتھ ملا کر اثر دوا کو غیر عفونی اور دافع عفونت کو مشترک طور پر عمل میں لاتے ہیں۔

(۲) تدابیر دافع عفونت :- یہ وہ تدابیر ہیں جن میں ارادۂ ایسی دافع عفونت ادویہ اور تیز کیمیائی مرکبات لگائے جاتے ہیں جو جراثیم کو مار ڈالتے ہیں۔ ایسے تدابیر کی ضرورت اسوقت لاحق ہوتی ہے جبکہ عفونی حالت پہلے ہی سے موجود ہوتی ہے، یا جبکہ جراح کو اس بات کا خطرہ ہوتا ہے کہ جراثیم اتفاقی طور پر داخل ہو جائینگے، عموماً آجکل یہ تدبیر محض اسی وقت استعمال کیجاتی ہے جبکہ عفونت کے آثار ظاہر ہو چکے ہوں، یا جبکہ اس بات کا قوی احتمال ہو کہ جراثیم زخم کے اندر نفوذ کر چکے ہیں اور عنقریب وقت و مشکلات پیدا کر دینگے۔

دافع عفونت ادویہ تو کثیر تعداد میں موجود ہیں، مگر سخت وقت طلب مرحلہ ایسی دافع عفونت دوا کے حاصل کرنے کا ہے جو اتنی طور پر جراثیم کو قتل و غارت کر دے۔ مگر طبعی ساخت پر نقصان دہ اثر نہ کرے (میچ اثر نہ کرے اور انکو ضعیف نہ کرنے دے) کیونکہ خود ساختہ کوئی

لے ایسی سپ ٹریٹ منٹ +

توت بھی جلا کر آجرا شیم سے مقابلہ کرتی ہے (یعنی ساتوں کی توت بھی دراصل تاتل جراثیم اثر رکھتی ہے)۔

گذشتہ جنگ عظیم نے ثابت کر دیا کہ ایسی بہت سی دافع عفونت ادویہ، جنکو ایک یقینی طور پر کارگر اور قابل اعتماد سمجھا جاتا تھا، فی الحقیقت اسے کاروبار نہیں ہے۔

ذیل میں چند قدیم دافع عفونت ادویہ مستعملہ کا بیان دیا جاتا ہے۔
 (۱) حامض قطرائی (کاربوالک ایسڈ) جبکہ استمال فاصل پٹرنے پر حیات زہر مارچ کیا، ایک حصہ ۴۰ یا ۶۰ حصہ پانی میں ملا کر اس غصول کو جلد بدن اور مرہم پٹی کی تطہیر کے لئے، یا زخموں کو دھونے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ ایک شدید زہر ہے اور اگر جذب ہو جائے تو میت کے علامات پیدا کر دیتا ہے۔ گردوں کی راہ سے خارج ہوتا ہے، اور پیشاب یا رنگ میلا سبزی مائل کر دیتا ہے۔ میت کی علامات مختلف درجات کی ہوتی ہیں، مگر اس سے موت اتفاقاً واقع ہو کر قی نہ ہو سکتا ہے اس سے مقامی نا نغزانا بھی پیدا ہو جاتا ہے خصوصاً اس وقت جبکہ زخم کی مرہم پٹی پر کسی قسم کا موم جامہ یا مانع بخیر کوئی کپڑا لگائی ہو۔ رنگد یا گیا ہو۔ گاسٹہ مجروح و مقامی پھوڑوں یا عفونی قرحوں کی سطح پر ناقص حامض قطرائی لگا دیا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں وہ جذب نہیں ہونے پاتا، بلکہ محرق و کاوی (بلائے اور داغنے والا) اثر رکھتا ہے اور زمانہ سطح کو جلا کر تلف کر دیتا ہے۔

خالص حامض قطرائی (کاربوالک ایسڈ) کو گاسٹہ قلموں کی صورت

لے والی (پروٹکٹو) ہے۔

میں استعمال کیا جاتا ہے، اور گاہے محلول صورت میں، یعنی پانی میں حل کر کے، اور گاہے یا ل بنا کر ایک حصہ ۹ حصے پانی میں حل کر کے، بعض شخصوں میں حامض قطراتی کے خفیف محلول بھی، اگر بار بار استعمال کئے جائیں، تو جلد پر نہایت مسر اثر رکھتے ہیں۔ لہذا جب کبھی جراح یا دوس کے مددگاروں کو خود اپنے اوپر ایسا اثر معلوم ہو جائے تو جلد کی صفائی کے لئے اسے استعمال نہیں کرنا چاہئے

۴۔ وارچکنہ (سیلانی) (دکڑ سیربلی میٹ)۔

۳۔ سیاب بنفش آمیز ثنائی (بن آریوڈ ایڈ آف مرکری) (جلد اول صفحہ ۲۱۵)۔

گذشتہ زمانہ میں یہ دونوں بہت کثیر الاستعمال دافع عفونت ادویہ تھیں، اور خصوصاً ہمارے جلد کے لئے زیادہ مستعمل تھیں، نہیں سے پہلی دور جب زخم میں داخل کیجاتی ہے، تو وہاں کی رطوبت بیضیہ کے تفاعل سے اسکے خواص و تاخیر ضائع ہو جاتے ہیں (سیکار ہو جاتی ہے)، انکے محلول (عموماً یا یلیہ طاقت کے) پانی یا الکحل میں بنا کر استعمال کئے جاتے ہیں۔ ان دونوں کے اثر سے جراحی آلات و اوزار زنگ آلود اور خراب ہو جاتے ہیں۔ لہذا مرکبات سینا کا استعمال آلات کی ہمارت کے لئے ہرگز نہیں کرنا چاہئے +

ان دونوں دونوں کے جذب ہو جانے سے گناہ پارہ کی سمیت کے آثار پیدا ہو جاتے ہیں +

سیاب بنفش آمیز ثنائی کا محلول (یوگا) گاہے زخم کی گہرائیوں کو دھونے کے لئے استعمال کیا جاتا ہے، جب ایسا کیا جائے تو مناسب

یہ ہے کہ اسکے بعد اسکو آب مطہر آب عقیقہ سے دھولیا جائے۔

۴۔ لیزول (دائی سال) یہ دوا قطران یا ڈاکٹر

رکول ٹار سے مقطر کیجاتی ہے۔ اسکا محلول آبی، بیلیم یا پیلیم طاقت کا

صابون کے پانی سے مشابہ ہوتا ہے اور طمارت جلد کے لئے کام میں لایا

جاتا ہے۔ چونکہ دباؤ اور جراحی آلات (نشر، چاقو، قینچی، سوئی وغیرہ) پانی

میں جوش دینے سے کُند ہو جاتے ہیں، لہذا اس قسم کے آلات کی تطہیر و

تعمیم کے لئے اکثر خالص لیزول کا استعمال کیا جاتا ہے۔

۵۔ بنفشین (آیوڈین)۔

یہ غیر جنگی رنگی جراحی میں بکثرت مستعمل تھی اور اب بھی ہے، مگر

خطرناک جنگی زخموں میں اسکا اثر چند ان کارگر نہیں ثابت ہوا۔ اس کا

اکھولی محلول ۲ فیصدی طاقت کا استعمال کیا جاتا ہے۔ جب عمل جاری

کرنا ہو تو پہلے علی الصباح بلا مزید ابتدائی تدابیر کے محض مریض کی جلد

مات کے بال بلا کچھ لگائے (سوکھے) مونڈ کر کے صرف بنفشین کے محلول

کی پھیریری جلد پر لگا دیں۔ پھر جب مریض کو دستکاری کے لئے میز پر

لٹایا جائے، اسوقت بنفشین کی پھیریری دوبارہ جلد پر لگا دینا چاہئے

۔ تاکہ تطہیر کامل حاصل ہو جائے +

اگر محلول بنفشین روح کمرہ روح مصفے میں بنایا ہوا نہ ہو گا تو

بنفشین کے تیز بخارات جراح اور مددگاروں کی آنکھ اور ناک میں تیز

خراش پیدا کر دیں گے +

تازہ زخموں کی فوری تطہیر کے لئے جن میں جراثیم سے آلودہ ہونے

لہ رکھی فائڈ اسپرٹ

کا احتمال بہت غالب ہو کر تا ہے، نفثین کی پھریری ایک نہایت فوری
سہل الحصول اور آسان ترکیب ہے۔ زخم کی پوری سطح پر پہلے پھریری
بخوبی لگا دیں، اور پھر خردہ کو محلول نفثین میں تر کر کے زخم پر رکھ کر کپڑے
کی پٹی سے بندش لگا دیں +

۲۔ **انتباہ** : نازک اور شدید آکس جلد پر عمل جراحی سے پہلے یا مابعد
نفثین کے لگانے سے گاہے نہایت تیز خراش اور جلن پیدا ہو جاتی ہے
نیز اسکے استعمال سے جلد میں سختی اور تناؤ آ جاتا ہے، اور کچھ عرصہ کے
لئے جلد کی چمک کم ہو جاتی ہے۔ گاہے دورانِ عملیت میں جلد پر لگائی
ہوئی نفثین کے چھو جانے سے چون شکم کے اندر کے نکلے ہوئے اشیاء
(باریطون، امعاء وغیرہ) سے رطوبات مصلیہ کا ترشح شروع ہو جاتا ہے اور
پھر بعد میں یہ رطوبت منجمد ہو جاتی ہے، جس سے گاہے التصاقات
بعداً عملیہ پیدا ہو جاتے ہیں، یعنی رطوبت منجمد ہو کر امعاء وغیرہ کو آپس
میں چسپاں کر دیتی ہے +

۳۔ **حاضر** : مہرِ تیزاب تلخ۔ پیکر ایسڈ) کا الکھولی محلول (ار فیصدی
طاقت کا) زخموں کے اندر نفوذ کرنے کا خواص رکھتا ہے۔ اور اس کا
استعمال نفثین سے مشابہ ہے +

۴۔ **محلول ہیرنگٹن**، تطہیر جلد کے لئے امریکہ میں بہت مستعمل ہے،
جکانشہ یہ ہے :-

تجارتی الکھول (۴۰ فیصدی طاقت کا) ۶۴۰ کعب سنتی میٹر۔

۱۔ ۵ گرام ۵۰ سیرس فلورائیڈ ۵۰ پوسٹ آپریٹو ایلوہینر ۵۰ ہیرنگٹن سوڈوش
۵۰ کرئل اکوہال +

تیزاب نیک (۱) ڈر و کلورک (ایڈ) ۶۰ کعب سٹھی میٹر

يَا قِي

३००

دارچینہ (کروسیو بلی میٹ) ۵۸ گرام (ماشہ)

مہتمم سابق (اکٹیوں)

ان میں گنہگار کے غنوی مرکبات کے ساتھ ۱۰ حصہ حلون (کلیرین) کا شامل ہوتا ہے۔ یا مرہم کی صورت میں بنایا جاتا ہے، ورم و التهاب میں تخفیف کرتی ہے۔

۹۔ حامض پورنی و بورک ایسڈ۔

بہارِ بلبل و اشق و غنیمت و دولت ہے۔ اس کا محلول بقیع پانی میں تیار کیا جائے گا۔ اس سے کھانسی، سعال، آبی اور تھائی تجاویف کو دور کرنے کیلئے استعمال کیا جائے گا۔ اس کا اثر کھانسی، دھیمہ، سعال، آبی، التهاب کے ابتدائی درجات میں سب سے پہلے چوتھا سانس کے سلسلے۔ اور تعین زمانوں میں بطور غسول کے بھی مستعمل کیا جائے گا۔

۱- مناسبتی و تزیینی

یہ انداز و رسمیت میں یا سفوف کے طور پر، تنہا یا حاضری بورتی
پہننے کے ساتھ ہموار ملائم، عمیقہ (نئی) کی صورت میں تنہا یا
ویرا دیئے کے ساتھ، باسٹا وین کے اندر چوپاری لگانے کیلئے، تختہ
لشیر کے ساتھ صورت میں استعمال کیا جاتا ہے +

اسے تمال سے پہلے اسے چند گھنٹے تک دارچین سے حصہ کے ساتھ
 رکھ کر مٹر بنا لینا چاہئے۔ خیال ہے کہ نل سفشی دایوڈ و فارم کے اندر سے

۱۰۔ اگے نکلا۔ سب پر بیٹھ کر سولہ بیٹھ کر لا سٹنگ آؤٹیشن سے ایشیائی

بنفشین (آیوٹین) بخار کی صورت میں نکلتی ہے، لہذا اسکا استعمال
درستی زخموں میں بالخصوص مفید ہے۔ یہ دوا بہت تیز ہے اور معتمانی
خراش و سوزش بلکہ سمیت تک پیدا کر دیتی ہے۔ اور بہت ہی تیز بدبودار
بھی ہے۔

۱۱۔ مائین جمض آمیرا علی (بائیڈروجن پراکسائیڈ) (جلداول صفحہ ۲۱۹)
زخم پر لگانے سے اس سے خالص مائین (آکسیجن) نکل جاتی ہے۔ اس سے
گلے خالص اور نکا ہے بلکہ کر کے استعمال کرتے ہیں زخموں میں۔
جوت میں یہ نفوذ کر جاتی ہے اور اوٹیں نہایت عمدگی سے صاف و ستھرا
کر دیتی ہے، اور خوبی یہ ہے کہ اس میں سمیت بالکل نہیں ہے۔

بعض نوایجاد دافع عفونت ادویہ۔ انیس خضرین (کلورین)
اور انیلین (انے لین) کے قبیل کے اکثر مرکبات شامل ہیں۔ مثلاً خضر
آمودانی (بائے پوکلورائٹز جلد اول صفحہ ۲۱۹)۔

۱۲۔ خضرین (کلورین) کا استعمال پہلے بہت کیا جاتا تھا، مگر اس میں
خراش و سوزش بہت زیادہ تھی۔ اب نئے نئے طریقوں سے اسکی اصلاح
کر دی گئی ہے۔

آجکل نہایت عام معمولات میں سے اس کے دو نسخے ہیں۔

یوسال (جلداول صفحہ ۲۲) اور

محلول وکٹ (جلداول صفحہ ۲۱۹)

یوپا و، یہ ایک سفوف ہے جس میں حامض یورقی (بورک ایسڈ) اور

سٹریکٹیکس (انیلین (انے لین) ایک بے رنگ روغنی سیال ہے جو نیل اور

تھران (کول مار) سے حاصل کیا جاتا ہے سٹریکٹیکس سوزش +

خشک سفوف بمبیس زہلی چنگ پاؤڈر) ہوزن شامل ہیں، جن میں مجموعی طور پر کم از کم ۲۰ فی صدی خالص خضریٰ (کلورین) موجود ہوتی ہے۔
 یوسال بنانے کی ترکیب یہ ہے کہ مرکب مندرجہ بالا (سفوف یوپا) کے ۲۵ قحہ (گرین) میں تقریباً ۱۱۲- تولہ (۱- لیٹر) پانی ملا کر خوب ہلایا جائے، اور پھر اس محلول کو ایک گھنٹہ تک بلا حرکت رکھ کر چھان لیا جائے استعمال سے پہلے یوسال کو پیالہ میں بھر کر اوبلتے ہوئے گرم پانی میں رکھ کر گرم کر لینا چاہئے۔ تین ہفتہ کے اندر اسکے اثر میں چونکہ تخفیف ہو جاتی ہے لہذا اسے تازہ بنانا چاہئے، جو بہ نسبت چھوٹے مطبوں کے بڑے شفا خانوں میں زیادہ آسانی سے ممکن ہے۔ اس سیال کا اثر خالص خاضع خضرائی ادنیٰ (ہائپوکلورس ایسڈ) کے باعث ہوتا ہے، جو اس میں بقدر ۲۰ فی صدی موجود ہوتا ہے۔

ذاتی کاموں اور خانگی مطبوں میں استعمال کے واسطے دو قسم کے محلول علیحدہ علیحدہ شیشیوں میں تیار رکھنا چاہئے۔ ایک تو سیال کلیسیہ خضریٰ (لایکریکلیس کلورائی نیٹ) کا محلول (جو دراصل سفوف بمبیس (ہلی چنگ پاؤڈر) کا ۱۰ فی صدی طاقت کا محلول ہوتا ہے)، اور دوسرا حامض بورق (بورک ایسڈ) کا محلول ششیج۔ ضرورت کے وقت پہلے محلول کے ۱۳۵ حصے لیکر اور پانی ملا کر اسے ۵۰ حصے بنا لیا جائے۔ اور پھر اس میں دوسرے محلول (یعنی حامض بورق کے محلول) کے ۲۵ حصے المصاعف کر دیے جائیں۔ اس طرح ملائے ہوئے محلول میں کلیسیہ خم آگین ثانی (ربائی کاربونیٹ آف کیلشیم) موجود ہوتا ہے جسکے باعث یہ مرکب

سفوف بمبیس۔ رنگ کو ڈاکر سفید کر دینے والا سفوف (بمبیس۔ سفید کر نیوالا) +

محلول قلعوی رکھا رہی ہو جاتا ہے۔

مندرجہ بالا محلول نہایت شدید وافع عفونت خاصیت رکھتا ہے
 ایسی سمیت نہیں ہوتی، زخم کی ساختوں کے لئے مضر اثر نہیں رکھتا۔ مگر
 اسل سے جلد میں قدرے خراش پیدا ہو سکتی ہے۔ اس سے لباس کی
 رنگت اوڑبائی ہے اور بچے پڑتے ہیں اور باتوں میں بھی بدبو بھاتی
 ہے۔ اسکا استعمال صرف کھلے زخموں میں اور سوقت تک کرنا چاہئے
 جبکہ زخم میں ازراہجیہ (انگور) نمودار ہو جائیں، اسکے بعد کسی دوسری دوا
 کا استعمال کرنا چاہئے۔

محلول لہوکن (نیزہ دنیہ ٹھنڈا مود آؤنی - باپو کلورائنٹ آف سوڈا) اور
 اس کے دیگر اصلاح کردہ مرکبات اور مغنیسیہ ٹھنڈا آمیز (میگنیشیم
 کلورائیڈ) وغیرہ بھی اسی قسم کی دوائیں ہیں (دیکھو جلد اول صفحہ ۲۱۹)۔
 ۲۔ **اینیلین (آینیلین)** کے گردہ کے مرکبات وافع عفونت میں سے
 فیلے وائٹن (جلد اول صفحہ ۲۲۶)۔ اور

اخضر نورانی (بریلی انٹا گرین) (جلد اول صفحہ ۲۱۴) نہایت کثرت
 سے مستعمل ہیں۔ انکا ایک حصہ سیال نمکین طبعی کے ہزار حصے میں محلول
 کر کے استعمال کیا جاتا ہے۔

فیلے وائٹن ساخت پر زرد رنگ کا دھبہ اور اخضر نورانی شوخ
 سبز رنگ کا دھبہ پیدا کر دیتا ہے۔ اسے کمزور یا مردہ ساخت پر زیادہ
 تیز رنگ کا دھبہ پیدا ہو جاتا ہے۔

کارل دکن کا طریقہ علاج (جلد اول صفحہ ۲۱۹) گزشتہ جنگ عظیم

لہوکن سولیشن سے نارمل سیلائن سولیشن +

میں بہت مستعمل رہا، مگر اسکواڈن اور ستادوں کے بتائے ہوئے طریقہ کی پوری پابندی کرنا چاہئے۔

۳۔ عسیدہ مارش (جلد اول صفحہ ۲۲۳)۔ اس میں بہت شور آگین ادنیٰ (بستہ سب نائٹریٹ) ایک حصہ، نل بنفشی دایوڈ و فارم) دو حصے۔ اور پیرافین سیٹال دو وزن شمین) ایک حصہ، یا بقدر ضرورت شامل ہوتے ہیں۔ یہ طریقہ جنگ عظیم میں بہت رائج تھا اور اسکی بہت سی ترمیم شدہ صورتیں مستعمل ہیں۔

۴۔ طریقہ علامہ رائٹ (جلد اول صفحہ ۲۲۰)۔

اس میں نظرونیہ خضر آمیز (نمک طعام) کا محلول قوی (نمک بقدر ۵ فیصد) کے استعمال کر کے زخم کی ماییت (مصل) کے ترشح کو تحریک دیا جاتی ہے۔ محلول قوی سے زخم کو خوب دھویا جاتا ہے۔ یا خرد کو خوب تر کر کے زخم پر رکھا جاتا ہے، یا نمک کی ڈلیوں سے زخم کو بھر دیا جاتا ہے۔

علاج بجز مایع روکیو جلد اول صفحہ ۲۳۲ و ۲۳۳ تا صفحہ ۲۳۴)۔

۵۔ طریقہ ریڈ نمک بے سیلس

”علاج بجز نمک المح“ زخم کے اندر نمک بھرنے کا علاج) میں تجربے پر پایا گیا کہ جو زخم اس علاج سے ابھی حالت میں آگئے، اودن میں نہایت متعفن ہو پیدا ہو جاتی تھی، اور ساتھ ہی ایسے زخموں میں ایک قسم کا غیر متوالی غیر مرضی عصبی (جرثومہ) ملا جسکی شکل بیضوی تھی اور وہ

لہ، ارسین پیٹ (بی آئی بی پیٹ) ۱۰ سوڈیم کلورائیڈ ۱۰ ہائی پرمانگنیٹ

سوڈیشن ۱۰ ان ایروبک ۱۰ ہن پیتھو جے نمک بے سیلس +

ذات البذر رنڈر وار) بھی تھا۔

چنانچہ طریقہ ہذا کا اصول یہ کھا گیا کہ پہلے زخم کو ہر طرف سے بخوبی کھول کر اور خلائے زخم کو ہر طرف سے کھرنج کر مردہ ساختوں کو دور کر دیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عصی رنڈنگ (رنڈنگ بے سیلس) کی مصنوعی کاشت زخم کے اندر لگائی جاتی ہے، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ باقی ماندہ خراب اور مردہ ساختوں کو عصی مذکور تندرست ساختوں سے جدا کر دیتا ہے، اور اس طرح انکو ر جلد بننے لگتا ہے +

مندرجہ بالا مختلف طریقہ ہائے علاج دور ان جنگ میں مستعمل تھے مگر سردست اس بات کا فیصلہ کرنا مشکل ہے کہ انیس سے کوئٹہ طریقہ علاج غیر جنگی زخم کے لئے مفید تر ہو گا۔ لیکن خواہ کسی طریقہ کا استعمال کیا جائے علاج میں کامیابی اور اچھے نتائج اور سیرقت حاصل ہو سکتے ہیں جبکہ ابتدائی علاج اور علاج مابعد میں پوری احتیاط برتی جائے اور پوری احتیاط یہی ہے کہ

(۱) تمام مردہ ساختوں کو زخم سے علیحدہ کر دیا جائے۔

(۲) زخم کے مواد و رطوبات کے ہواؤ کا بندوبست پورے طور پر کیا جائے۔

۴۔ موجودہ زمانہ کے فاضل مشہور جراح علامہ شین (چی کیائی) کا دار و مدار ذیل کے طریقہ علاج پر رکھتے ہیں :-

(۱) پہلے جلد کے صاف کرنے کے لئے صابون آئیری (تھری) (تھری)

لہ اسپر رنڈنگ (CHIENE) شین (فاضل تشریح علی و جراحیات جامعو

اڈمبر۔ اسکاٹ لینڈ۔ جنکے افادات سے یہ بیان مقبس ہے +

سوپ) سے دہوکر مقام ماؤن پر روح (اسپرٹ) لگانا چاہئے۔ اگر جلد بہت زیادہ جکھی (روغنی) ہو تو سابون اشیری لگانے کے بعد اور روح لگانے سے پہلے اشیریں روئی کا بھایہ تر کر کے جلد کو اس سے صاف کیا جائے، تاکہ روغن جلد سے دور ہو جائے۔

(۲) زخم کی اندرونی فضاء (جسکے متعفن ہونے کا احتمال ہو یا جو متعفن ہو چکی ہو) کی تطہیر کے لئے ذیل کا محلول استعمال کرنا چاہئے:-

ماین جمنس آمیزائی (ہاٹھ روغن پر آکسائیڈ (۱۰ اجم) ۲۰۔ اوقیہ (اونس)

روح شراب (اسپرٹ) (اونس) ۳۰

نمک طعام رسوٹیم کلورائیڈ ۵۸۔ تھو (گرین)

آب مقطر مطہر ۹۰۔ اوقیہ (اونس)

استعمال سے پہلے اس محلول کو ہوزن پانی ملا کر ہلکا کر سکتے ہیں (تاکہ نمک بقدر بھی سفیال نکلیں گے ہو جائے) یا اسی محلول قوی کا استعمال کیا جاسکتا ہے۔

زیادہ دن تک رکھے رہنے سے یہ محلول خراب نہیں ہوتا اور اسکا استعمال اسکاٹ لینڈ اور فرانس میں نہایت کامیابی کے ساتھ ہو چکا ہے۔ غیر جنگی جراحت کے علاج میں بھی تجربہ سے یہ کامیاب ثابت ہو چکا ہے۔ اسکے اثر سے نہایت سرعت کے ساتھ سرخ و شوخ رنگ کے انگوڑا (ریک۔ انڈر ارجیم) نو دا رہو جاتے ہیں۔ اگر مریض زخم میں جلن ہونے کی شکایت کرے تو روح (انخرا اسپرٹ) کی مقدار کو کم کر دینا چاہئے جب داخس یعنی اگلے سیڑھ کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہو تو ہلکی روح (انخرا

سے ترکی ہوئی پتی (۱) حصہ روح شراب - ۲ حصہ پانی، لگانا مفید ہوتا ہے اسکوڑے مانجنے کے لئے واتی یا موم جامہ کا استعمال کرنا چاہئے۔

التهاب خلوی یا ورم فلغمونی (جلد اول صفحہ ۱۹۱) کی حالت میں محلول اکتیال (شحم ماہی) وحلین (گلیسرین) (۱۰ فیصدی طاقت کا) نہایت مفید اثر رکھتا ہے۔

منازہ زخموں کی تطہیر کے لئے کوئی بھی دافع عفونت دوا استعمال کی جائے، یہ امر قابل محاظہ ہے کہ جس ساخت کی قوت حیات باطل ہو جاتی ہے اس میں جراثیم کے بسرعت بڑھنے کا ایک خطرناک مرکز قائم ہو جاتا ہے (یعنی ایسی مردہ ساخت میں جراثیم خوب پھلتے پھرتے ہیں)۔ لہذا تمام مردہ ساخت کو با احتیاط تمام فوراً زخم سے کاٹ کر علیحدہ کر دینا نہایت ضروری ہے۔

بیشتر دافع عفونت ادویہ کے فائدہ کارازیہ ہے کہ ادویس روح شراب یا الکحول بطور قاعدہ (بنیاد) کے شامل ہوتی ہے۔

علاوہ ازیں مختلف دافع عفونت ادویہ کے استعمال سے جو فائدہ حاصل ہوتا ہے اس میں نہ صرف دوا کی تاثیر کو دخل ہے، بلکہ اس اثر میں جراح کی اس احتیاط کو بھی دخل ہے، جو وہ برتنا ہے۔ جیسا کہ مذکورہ بحث سے ثابت ہو چکا ہے۔

اعمال جراحیہ کی ابتدائی تیاریاں

تمام اقسام کے جراحی عملیات کے لئے نیراتفاقی حادثات کی

لہ پردیکٹو - داتی - لہ بے سس +

صورت میں جبکہ جلد میں تفرق اتصال واقع ہو گیا ہو اور جبکہ یہ احتمال ہو کہ زخم جراثیم سے آلودہ (ملوث) ہو چکا ہے، دستکاری کرنے سے قبل چند ابتدائی تیاریوں کی نہایت اہم ضرورت ہوتی ہے۔ اس قسم کی ابتدائی تیاریاں مستقل دارالعملیہ میں تو باقاعدگی کے ساتھ بطور معمول کے ہمیشہ کی ہی جاتی ہیں، مگر جراح کو لازم ہے کہ انہیں اصول پر بر قسم کے حالات میں ہر جگہ عمل پیرا ہونے کے لئے آمادہ و تیار رہے۔

اہل النایعہ کھولتے ہوئے پانی میں جوش دینا۔ یہ تطہیر (تعمیم) کا محفوظ ترین اور یقینی طریقہ ہے۔ مگر مریض اور جراح کی جلد کی طہارت اس طریقے سے کرنا ممکن نہیں۔ علاوہ ازیں مختلف قسم کے اعمال میں جو آلات و سامان کی ضرورت پڑتی ہے جوش دینے سے انکے خراب و تلف ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

جلد کی تطہیر: نشتر لگانے سے پہلے مریض کے مقام ماؤن کی جلد کی تطہیر ضروری ہے۔ جلد معمولی طور سے توصاف ہو سکتی ہے، مگر صحیح معنوں میں جلد کی حقیقی اور یقینی تعمیم تقریباً ناممکن ہے۔

دستکاری سے ایک روز پہلے ہی مقام ماؤن کی جلد کے بال صاف کر دینے چاہئیں۔ پھر اس مقام کو صابون اخیر (تھیرپل) سوپ سے خوب دھو کر اوپر روح خشکی (سے بھی لیٹھ اسپرٹ) کی پھر برسی لگا دینا چاہئے۔ پھر جب مریض کو میز پر لاکر لٹائیں، اس وقت بھی اسی طرح جلد کو مٹھر کر لینا چاہئے۔

مہل و حقنہ: دستکاری سے ایک دن قبل صبح کے وقت مریض

لے آپریشن فیکٹر ملہ اسٹری لائی زیشن +

کو روغن بید انجیر و کراؤسکے معدہ اور اسعاء کو صاف کر لینا چاہئے۔ اوسی روز شام کے وقت صابن کے نیم گرم پانی کا حقہ بھی براہ مہر زکریٰ بعض اطباء دستکاری کے دن سے پہلے شب کے وقت مہل و کراؤسککاری کی صبح کو حقہ کرتے ہیں۔ مگر اس میں یہ خرابی ہے کہ شب کو مہل دینے سے مریض رات بھر بے آرام رہتا ہے۔

مریض کا ناشتہ۔ داروئے بیہوشی منگھانے سے قبل اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ معدہ خالی رہے۔ مگر چونکہ مریض کا بہت دیر تک بھوکا رہنا بھی ہر حالت میں مضر ہے، اور اوس کی قوت مدافعت (مناعت) کو کمزور کر دیتا ہے، اسلئے مناسب یہ ہے کہ دستکاری کی صبح کو بہت سویرے مریض کو ہلکا سا ناشتہ مثلاً پائے کے ساتھ ملکی روٹی کا ٹکڑا، شریڈ، یا ایسی ہی کوئی ملکی چیز دیدیا جائے۔

جب فوری دستکاری کی ضرورت لاحق نہ ہو اور توقف ممکن ہو تو پہلے جراثیمی تلوث کے تمام ذرائع کو حتی الوسع تلاش کر کے مسدود کرنا چاہئے، تاکہ انجذاب عفونت بند ہو جائے۔

جراح اور اوس کے معاونین کی تطہیر۔ پنچوں اور ہاتھوں کی تطہیر کتنی تک اسی طریقہ پر کر لینی چاہئے جس طرح مریض کی جلد مسطر (پاک) کی جاتی ہے۔ اسکے بعد ایک لمبا اور ڈھیلا ڈھالا آستین دار مسطر جینے (عبا۔ جیبہ) پن لینا چاہئے، جسکی آستینیں کلائی تک پہنچیں۔ ہاتھوں میں مسطر دستانے (تفاض) اس طرح پہنیں کہ دستانہ کلائی کے مقام پر جلد کی آستین پر چڑھا جائے۔ جتنے آدمی زخم کے آس پاس ہوں اُن سبکے

لے فیر (گردل) شوریر میں چرکی ہوئی، روٹی، تلہ سپاٹک، اہزارین تلہ، جیبہ رگاؤن +

سر، چہرے، منہ، ناک وغیرہ پر مطہر و عقیم ٹوپیاں اور نقاب پڑے ہوں۔
 عقیم دستاؤں کا پتہ ہر حالت میں ضروری ہے، کیونکہ جب ہاتھ
 ایک مرتبہ موادِ جراثیم سے ملوث ہو جاتے ہیں تو انکو پاک کرنا نہایت
 مشکل ہوتا ہے۔

آبِ جوش کروہ گرم اور ٹھنڈے پانی کی ضرورت ہر عمل میں بکثرت
 ہوتی ہے۔ لہذا جب فوری اعمالِ جراحیہ کرنے ہوں، یا جب خانگی مکاریات
 میں عملیت کی ضرورت ہو تو پہلے سے پانی خوب جوش دیکرا اور ٹھنڈا کر کے
 رکھ لیا جائے۔ اسی طرح کھوتا ہوا پانی دورانِ عملیت میں ہر وقت تیار
 ملنا چاہئے، تاکہ گرم پانی کو ٹھنڈا کرنے کے لئے اس میں حسبِ ضرورت
 جوش دیا ہو اور ٹھنڈا پانی ملایا جاسکے، اور جس درجہ گرم یا ٹھنڈے پانی کی
 ضرورت ہو وہ بنایا جاسکے۔

ظروفِ جراحیہ، پیالے وغیرہ۔ ان سب کو گرم پانی میں جوش دیکر
 لیٹروز (لاٹے سال) کے ہلکے محلول سے دھو لینا چاہئے۔ پھر ان میں ذرا سا
 روحِ انخروڈا کر اس میں دیا سلانی سے آگ لگا دیں۔ بڑے شفاخانوں
 میں پاک کرنے کے لئے انکو مخصوص بڑے (ٹھوس) میں اوبال لیتے ہیں۔
 دارالعملیہ (دستکاری کا کمرہ)۔ تمام غیر ضروری سامان اور اثاثات
 دستکاری کے کمرے سے علیحدہ کر دینا چاہئے۔ پردے اور آرائشی سامان
 و تصاویر سب نکال دیے جائیں۔ دریاں اور فرش سب ہٹا کر زمین
 کو خوب دھو لینا چاہئے۔ پھر اوپر مطہر چادروں یا کاغذ کا فرش کر دیا
 جائے۔ اگر ممکن ہو تو اس قسم کی تمام تیاریاں ایک دن پہلے مکمل
 لے حوض۔ ٹینک +

کر لی جائیں۔ علی ہذا کمرہ کو نلین (رفارملین) کے بخارات کی پچکا رہی سے بھی
بلا کسی نقصان کے مہتر کیا جاسکتا ہے +

آلات جراحیہ۔ بیشتر آلات کو اوبال کر جوش دینا چاہئے۔ اوبالنے
وقت اگر پانی میں قدرے نظرونہ (سوڈا) ملا دیا جائے تو اس سے آلات
زنگ آلود نہیں ہوتے۔ یا آلات کو پانی میں اسوقت ڈالیں جبکہ وہ پورے
طور پر کھولنے لگے۔ مگر موخر الذکر ترکیب کانچ کی چیزوں کے لئے ممکن نہیں
کیونکہ اس طرح گرم پانی میں ڈالنے سے کانچ ٹوٹ جائیگا۔ جوش دینے سے
آلات کی دھار بھی کٹنے ہو جاتی ہے۔ لہذا تمام دھار دار آلات کی تطہیر
کی ترکیب یہ ہے کہ انکو بجائے اوبالنے کے، نصف گھنٹہ تک لیزول
(لایسال) یا روج انخر کے اندر چھوڑ دیا جائے +

مرہم پٹی، اور لباس وغیرہ۔ پٹی، روئی، خرقہ، تولیہ، چنے، نقاب
ٹوپیاں، چادریں وغیرہ وغیرہ کو مخصوص طریقہ پر بھاپ اور دباؤ (بخار
تحت الضغط) کے ذریعہ سے مہتر کیا جاتا ہے۔ پھر ان چیزوں کی تری کو گرم
ہوا سے مخصوص طریقہ پر خشک کر لیا جاتا ہے۔

جب مندرجہ بالا ترکیب ممکن نہ ہو تو ان سب چیزوں کو جوشدیکر
اوبال لینا چاہئے۔

تطہیر خیوط جراحیہ (ٹانکے)۔

(۱) وٹرمالٹر (بتی کے تانتے) جو آلات فروش دکانداروں سے
خریدی جاتی ہے، اس کی چربی پہلے نکال دی جائے، پھر تانت کو کانچ

لے فارملین (نلین)، ایک مانع عفونت و داسے۔ سٹیم انڈر پشر۔ سٹلہ سیرجرز۔

سٹلہ کیٹ گٹ، وٹرمالٹر جو سیرل وغیرہ کی آنت سے بنائی جاتی ہے +

کی چوٹیوں رکھو! پر لپیٹ لیا جائے۔ یا اس سے بھی بہتر یہ ہے کہ بلا چوٹیوں کے ڈھیلے طور پر پانچی گول پٹھیاں کر لی جائیں۔ انکی تیاری (تطیر) کی ترکیب یہ ہے کہ انکو خالص الکحول میں کئی دن تک بھگوایا جائے، پھر انکو ایک پیالی میں رکھ کر آپ گرم میں دباؤ کے ساتھ نصف گھنٹہ جو شہ دیا جائے جب تانت اس طرح تیار ہو جائے تو اسکو محلول ذیل میں محفوظ رکھا جائے۔
وارچکنہ (سیلیمانی) - کروسیرو سبلانی میٹ) حصہ۔ خالص الکحول ۲ ہزار حصے۔ حلون مصنفہ (گلیسرین ۲۰ فیصدی کی مقدار کے حساب سے۔ حلون کی آمیزش سے تانت نرم اور پچکدار رہتی ہے، اور اس میں سختی باقی نہیں رہنے پاتی۔

وترد تانت) کو پاک صاف اور تیار کرنے کی اور بھی متعدد ترکیبیں ہیں، مثلاً تانت کو محلول بنفشین الکولی یا محلول بنفشین آبی کے اندر بھگو کر رکھا جائے۔ مگر محلول آبی میں رکھنے سے تانت کے سڑ جانے کا خطرہ رہتا ہے +

چونکہ معمولی ڈسٹر انڈر کیٹ گٹ) کے بہت جلد جذب ہو جانے کا اندیشہ رہتا ہے، اور بعض اوقات اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ وہ دیر تک باقی رہے، اسلئے بعض جراح وتر متبّع (درد می ساز) ڈسٹر گٹ استعمال کرتے ہیں جو جلدی جذب نہیں ہونے پاتی۔

دورانِ عملیہ میں تانت کو جس قدر کم ہاتھ لگایا جائے گا اسی قدر وہ زیادہ پاک صاف (مطہر و عقیم) رہے گی۔ یعنی فضول دست مال کو

۱۔ اسپرل (دکڑ)۔ ۲۔ الکوہولک ایوڈین سولوشن۔ ۳۔ واسٹری سولوشن آف آیوڈین +

پر ہیز کرنا چاہئے۔

- (۲) وتر دُودِ القَرّ (ریشمی کیڑے کے تانت) اسکو ازاروں کے ساتھ گرم پانی میں جوش دیکر مٹھ کر سکتے ہیں۔
 (۳) خِطُّ القَرّ (ریشمی ڈورے)۔
 اور سوت کے ڈورے۔

انکو چرخوں پر لپیٹ کر اور نصف گھنٹہ تک اوبال کر فوراً استعمال کر سکتے ہیں، یا آئندہ استعمال کے لئے حامض قطرانی (کار بولک ایسڈ) (حصہ ۲۰- حصے میں) میں محفوظ رکھ سکتے ہیں۔

(۴) گھوڑے کے بال (شَعْرُ الخَيْلِ)

انہیں پہلے نظرونیہ فحم آگین ثانی (بابے کار بونیٹ آف سوڈا) کے محلول میں اور پھر محلول لیزول (لالائی سال) میں دھونا چاہئے، اسکے بعد حامض قطرانی (کار بولک ایسڈ) (حصہ ۲۰- حصے میں) میں محفوظ رکھ لیں۔ اوبالنے سے یہ اکثر کمزور ہو جاتے ہیں اور گرہ لگاتے وقت ٹوٹ جاتے ہیں۔

دستانوں کی تطہیر:-

انکو پہلے اولٹا کر یعنی اندرونی سطح کو باہر کر کے) گھریا مٹی وغیرہ کا سفوف ان پر بھڑک دینا چاہئے۔ پھر دباؤ کے ساتھ بھاپ (بخار) تحت الضغط کے اندر دیکر انکو مٹھ (عقیم) کر لیں۔ یا انکو اوبال لیا جائے مَوْخِر الذکر حالت میں انکو پینے کی ترکیب یہ ہے کہ پہلے ہاتھوں کو روح (اسپرٹ) اور حلوسین (گلیسرین) کے ہموزن محلول میں ترک کر کے چکنا کر لیں

لے سک دایم گٹ لے سک تھریڈ لے لینن تھریڈ لے اسٹیم انڈر پریشر ۔

اور پھر دستائے پھینیں۔

ناخن صاف کرنے کے شعریہ (برش) کی تہیہ اونکو اوبال کر کر لیں *
 اخراج مواد یا زخم کا بہاؤ قائم کرنے کی ترکیب :- زخم کا بہاؤ
 ربر کی نلیوں (انابیب) یا شیشہ کی نلیوں کو زخم یا ناصور کے اندر رکھ کر
 قائم کیا جاتا ہے، تاکہ انکے ذریعہ سے رطوبت و مواد خارج ہوتا رہے۔
 جب شریانیں کھلی ہوئی ہوں تو ربر کی نلیوں کو اونے متصل نہیں رکھنا
 چاہئے، بلکہ ربر کی نلیوں کو حلقہ ناصورت میں لپیٹ کر فضاے زخم
 میں ٹھونس دینا بہتر ہے۔ شیشہ کی نلیاں عموماً جوف عانہ سے اخراج
 مواد کے لئے لگا دی جاتی ہیں۔ جب جوف عانہ میں ایسی نلیاں
 لگائی جائیں تو اونکو اکثر ہلاتے رہنا چاہئے۔ تاکہ ٹریٹ یا امعاء صفار
 (چھوٹی آنتوں) کا کوئی حصہ اون میں نہ پھنس جائے۔ جب شیشہ کی
 نلی (انوبہ زجاجیہ) زخم میں رکھی جائے تو ہم گھٹنے کے بعد اسکو نکال کر
 اس کے بجائے ربر کی نلی رکھ دینی چاہئے۔ چونکہ شیشہ کی نلی اندر
 رکھنے میں جوف عانہ کے اختار کو صدمہ پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے اسلئے
 اس کے بجائے خاردار ربر کا حلقہ بنا کر رکھنا بہتر ہے۔ اس سے اخراج
 مواد بھی بخوبی ہوتا رہتا ہے، اور اس میں وہ خطرات بھی نہیں ہیں جو
 شیشہ کی نلی کے استعمال سے ہو سکتے ہیں۔

مواد خارج کرنے کی بہترین ترکیب یہ ہے کہ اصلی زخم کو بند
 کرنے کے بعد علیحدہ خشکاف دیکر سوراخ کر لیا جائے، اور اس کی راہ
 سے زخم کو دھویا جائے۔ جب نلی رکھی جائے تو اسکو جقدر جلد ممکن ہو

لے اوٹھم (نوب)، لے گلاس ٹیوب *

ہٹالینا چاہئے۔ اگر عمل جراحی کا بنایا ہوا زخم پیپ سے ملوث ہو گیا ہو تو
اوسکو روح (اسپرٹ) سے بخوبی دھونا چاہئے، اور ایک سطحی سٹیجی بھی
رکھ دینا چاہئے +

عملیات کے بعد متلی اور قے آئے تو قدرے نظر دنیہ فہم آگین ثانی
(سوڈا بائی کاربوناٹس) ملا کر بہت سا پانی پلا دینا چاہئے۔ یہ پانی عموماً قے
کے ذریعہ خارج ہو جایا کرتا ہے مگر اس سے پیٹ میں زہر کی نلی داخل
کر کے سعدہ کو دھونے کی ضرورت باقی نہیں رہتی ہے۔

اگر متلی اور قے زیادہ شدید ہو تو ہلکے محلول کاندی سے شکم کو
اندرونی طور پر دھو دینا چاہئے۔ اس سے عموماً فائدہ ہو جاتا ہے +
درد۔ اگر عملیات کے بعد درد زیادہ ہو تو $\frac{1}{4}$ قمحہ (گرین) ہیرائن
دانیون کا ایک جوہر کی تحت الجھ پکاری کر دینا چاہئے۔

اگر عمل جراحی کے بعد استرخار امعاء کے باعث پیٹ ہوا سے
بھول جائے تو احتقان ممبرزی (حقنہ) کر دینا چاہئے۔ بیشتر حالات
میں تو اس بات کے لئے سادہ حقنہ کافی ہو کر تا ہے۔ مگر اس سے
کامیابی نہ تو روغن تارپین، نوشادریہ (ایونیا) یا راب یا گڑ کے
شیرہ کا حقنہ کرنا چاہئے۔ اور ساتھ ہی نخامین (پچوٹرین یعنی جوہر غدہ
نخامیہ) کی تحت الجھ پکاری کر دینی چاہئے، تاکہ امعاء کی حرکت دوبارہ
میں تحریک پیدا ہو جائے +

۱۵ سوپرنیشیل ڈرین +

۱۶ کانڈیز فلویڈ +

ضرب آفت کے عام اثرات

وہ عمومی عوارض جو جروح سے پیدا ہوتے ہیں

جراحت یا ضرب کے عام بدنی اثرات مندرجہ ذیل ہیں۔
 غشی۔ صدمہ۔ ہذیان۔ شنجی سہ۔
 سب کی تفصیل ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

غشی بہوشی

دماغ کے دوران خون میں کمی واقع ہونے کے باعث جب بڑے اور اعلیٰ اعصابی مراکز (مثلاً دماغ) کے افعال میں خلل پیدا ہو جاتا ہے۔ تو اس کا نتیجہ غشی (بہوشی) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے +

غشی میں قلب کی حرکت کمزور ہو جاتی ہے۔ نبض ضعیف چلتی ہے۔ چہرہ کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے۔ پیشانی پر پسینہ کے قطرات آ جاتے ہیں۔ ایسی حالت میں اگر مریض کو سہارا دیکر سنبھالا نہ جائے تو وہ لڑکھڑا کر گر جاتا ہے +

بعض اوقات ناگہانی رنج و غم یا دماغی و خیالی صدمہ۔ غمی نظارہ یا محض خون کا دیکھ لینا، خبر بد کا سن لینا وغیرہ نفسانی اسباب ہوتے ہیں۔ جو جذباتِ نفس پر گہرا اثر کر کے سبب غشی بن جاتے ہیں۔ شدید لہ سنکر پی +

تاگمانی درد اور سیلانِ خون غشی کے عام اسباب میں سے ہیں +
 عموماً غشی کے بعد مریض خود بخود جلد ہی سنبھل جاتا ہے۔ اور
 غشی کی حالت دور ہو جاتی ہے + حالتِ غشی میں مریض کو چت آرام
 سے لٹا دینا چاہئے۔ اس طور پر کہ اُس کا سر قدرے نیچا رہے، تاکہ
 دماغ کی طرف خون کا دورانِ زیادہ مقدار میں ہو سکے۔ گرمی بان
 کلو بند، اور گردن کے قریب کے کپڑوں کو فوراً کھول کر ڈھیلا کر دینا
 چاہئے۔ تاکہ اوپر کی طرف خون کے جانے میں، اور تنفس کی آمد و رفت
 میں کوئی دقت نہ رہے۔ اُسکے منہ پر سرد پانی کے چھینٹے مارنے چاہئیں
 اور ہوش لانے والی دوائیں مثلاً نوشادر یہ فحش آگین اور دوسرے
 سونگھنے کے نمکیات اور نلغے وغیرہ شگھانے چاہئیں +

اگر علامات سے یہ معلوم ہو کہ غشی طاری ہونے والی ہے۔ تو
 مریض کے سر کو فوراً خوب جھکا کر اُس کے گھٹنوں کے درمیان
 لے آئیں، حتیٰ کہ اُسکے چہرے کی زردی سُرخنی سے تبدیل ہو جائے +
 گاہے شدید غشی کے ساتھ موت بھی آ جاتی ہے +

صد

صد مہ۔ اصطلاحی طور پر اُس حالتِ ضعف کا نام ہے جس میں
 مبداء الخاغ کا مرکز تحریک عروق اپنے طبعی فعل کے جاری رکھنے
 پر قادر نہیں رہتا +

۱۰ ابونیا کاربونیت۔ ۱۱ اسے ننگ سالس ۱۲ میڈلا آبلانگیٹا۔
 ۱۳ داسو موٹر سنٹر +

اسباب - صدمہ کے اسباب گاہے ایک، اور گاہے چند اکٹھے ہوتے ہیں۔ اسکے چند اسباب مندرجہ ذیل ہیں۔ درد شدید آفاتِ آلیہ۔ خون کا کم ہو جانا۔ آگ یا پانی سے جل جانا۔ سمیات کا بدن میں جذب ہو جانا۔ اعمالِ جراحیہ۔ نظامِ عصبی کے مرکزی حصے میں آفت کا پہنچنا۔ دفعۂ کسی نفسانی کیفیت کا جوش میں آنا + بھوک، نکان، ضعیف قوی، شدید سردی، وغیرہ کی صورتوں میں صدمہ کی حالت جلد اور باسانی پیدا ہو جاتی ہے + ماہیت - صدمہ کی ماہیت کے متعلق مختلف نظریے (خیالات) پیش کئے جاتے ہیں۔

بعض محققین کا خیال ہے کہ شریانیں اور وریدیں پھیل جاتی ہیں، جس سے صدمہ کی صورتِ خاص واقع ہوتی ہے۔ دوسرے محققین کا خیال ہے کہ شریانیں نہیں پھیلتی ہیں، بلکہ یہ سکڑ جاتی ہیں۔

ان حالتوں میں جبکہ بدن کی ساختیں (خصوصاً عضلات) شدت سے پھٹ جاتے ہیں، تو موادِ بحیرہ (لمحہ حیوانیہ) کے جذب ہو جانے سے صدمہ کی صورت پیدا ہوتی ہے +

جب دورانِ صدمہ میں خون کا طبعی حجم و مقدار یک نخت گھٹ جاتے ہیں تو اس حالت کو قلة الدَّم (خون کی مقدار کا گھٹ جانا) کہتے ہیں، جو مرض فقر الدَّم یا سور القنیہ سے بالکل مختلف ہے، کیونکہ فقر الدَّم اور سور القنیہ میں خون کے خواص اور اجزاء بدل جاتے ہیں +

لہٰذا مکائیکل انجریز سلہ ادیگی میا سلہ اینیا +

علامات - صدمہ جس قدر زیادہ شدید ہوتا ہے اسی قدر زیادتی
 ساتھ شریانوں میں خون کا طبعی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔
 مریض کی حالت نہایت مضحک رنڈ ہال و کمزور ہوتی ہے، اُس کا
 اسفق ہوتا ہے، جلد پسینہ سے تر ہوتی ہے، اور بدن سرد معلوم ہوتا
 ہے، خاص کر پیشانی پر پسینہ زیادہ ہوتا ہے، نبض ضعیف اور متواتر سکون
 لانے والی چلتی ہے، تنفس گہرا نہیں لیا جاتا ہے، بلکہ سانس اکھڑا ہوا
 ہوتا ہے۔ بدنی حرارت معمولی درجہ سے کم ہو جاتی ہے، مریض اپنی اندیشہ ناک
 لت کا اندازہ خود نہیں کر سکتا، پیاس کی شدت بچھانے کے لئے وہ
 داتر پانی مانگتا رہتا ہے، اور اسکے سوا اُسے اور کسی بات کا چندان
 بال نہیں رہتا۔

علاج

دم باحفظ صدمہ کی حالت پیدا ہو جانے سے پہلے تقدیم باحفظ کی تدبیریں
 مبتا آسان اور زیادہ کارگر ہوتی ہیں، لہذا اعمال جراحیہ (دستکاریاں)
 پہلے مریض کو زیادہ سخت سہل دینے سے، اور اُسے عرصہ تک بھوکا
 لھنے سے پرہیز کرنا مناسب ہے، پانی اور دوسری سیال چیزیں
 یمن کو بکثرت نہایت آزادی کے ساتھ دینی چاہئیں۔ اسکی تشویش رفع
 کرنے کے لئے اسکی تسلی و تشفی کرنی چاہئے، دستکاری شروع کرنے سے
 ان گھنٹہ پہلے اسے جو ہٹرا فیون (افیونین) اور جو ہر بروجن (بروچین)
 مچھکاری جلد میں لگا دینا مناسب ہے تاکہ داروئے بیہوشی (نملک خضر)
 مقدار میں دینا پڑے اور بروچین کے اثر سے تنفس بھی ضعیف نہ ہونے

۵ پروفائی ایکس۔ ۱۰ مارفیا۔ افیونین۔ ۱۰ ایلر بروچین۔ ۱۰ کلوروفارم +

پائے + جب تک مریض داراعلیہ (دستکاری کی جگہ) میں رہے گرم پانی کی بوتلیں اس کے پاس رکھ کر حرارت پہنچانا چاہئے، مگر جب وہ بیہوشی کی حالت میں وہاں سے دائرہ مرضی (مریضوں کے آرام کی جگہ) میں اپنے بستر پر لایا جائے، تو گرم پانی کی بوتلیں ہٹالی جائیں، اور اس وقت تک دوبارہ نہ رکھی جائیں جب تک کہ وہ بخوبی ہوش میں نہ آجائے۔ دوران دستکاری میں اس بات کا خیال رکھنا نہایت اہم اور ضروری ہے کہ دستکاری نہایت نرمی کے ساتھ اور ہلکے ہاتھوں سے بسرعت تمام جستی و چابکدستی سے کی جائے +

مقامی اور عمومی مخدرات (سُن اور بے ہوش کرنے والی دواؤں) کے استعمال سے مریض کے عصبی احساس و ادراک کو کم کرنا پڑتا ہے۔ مگر اتنا ضرور ہے کہ جب مقامی اور عمومی دونوں مخدرات کا استعمال کیا جاتا ہے تو دستکاری میں زیادہ دیر لگتی ہے + جب صدمہ کا زیادہ اندیشہ ہو یا جب کوئی اہم دستکاری زیادہ وقت کی طالب ہو تو تقویت کے لئے مریض کو سیال نمک پچکاری کے ذریعہ دینا چاہئے خواہ پچکاری وریڈ میں لگائی جائے یا جلد کے نیچے کی جائے + اسی طرح صدمہ کو کم کرنے کی غرض سے بعض اوقات بجائے داروئے بیہوشی دینے کے مریض کو مقامی یا نچائے مخدرات (حرام مغز کو جس کرنے والی دوائیں) دیدینا مفید ہوتا ہے۔ جسکی پچکاری حرام مغز کے اندر کی جاتی ہے، لہٰذا بہت تنگ تھے ٹرے بے ششٹ دارو ٹرے مقامی مخدجیے کو کین کی پچکاری سے ایک خاص مقام کی جلد کو بے حس کرنا۔ اور عمومی مخدجیے دوائے بیہوشی سے مریض کے تمام بدن کے احساس کو باطل کر دینا لے اسپائل انس تھی ذیا +

اعمل سے متعلقہ اعصاب بے حس ہو جاتے ہیں، اور مریض کے ہوش رہتے ہیں +

(۲) جب صدر میں کی حالت طاری ہو چکی ہو تو اصول علاج یہی کہ کسی صورت سے مریض کو اس عارضی اور خطرناک حالت میں تقویت پا کر سنبھال لیا جائے +

مریض کے دوران خون کے دباؤ کو بڑھانے کی کوشش کرنی چاہئے۔
 رن و آرام دینا اور گرمی پہنچانا چاہئے۔ جو ہر ایفون کی بچہ کاری جلد سے
 نیچے دینا اور گرم گرم تھوہ کی پیالی پلانا مفید ہوگا۔ حمضیں ٹمنس کے
 سٹے دینا چاہئے۔ پیروں اور ہاتھوں میں پٹیوں کی بندش لگائیں
 بچے کی طرف سے شروع کر کے اوپر تک پہنچائی جائے، تاکہ ہاتھ پاؤں
 دن خالی ہو کر نواح قلب میں داخل ہو جائے اور اس سے قلب
 ارغ دوران خون میں تقویت پہنچے +

سیال نمکین طبعی یا معتدل ایک چمچ یا چار ماشہ نمک طعام
 نہ تولہ پانی میں حل کر کے، بصورت حقہ معاشی ستقیم میں، یا جلد کے
 پ اور دیوی بچہ کاریوں کے ذریعہ سے مریض کو دینا چاہئے مگر الذکر
 نوں صورتوں میں سیال نمکین کو گرم کر کے ۱۰۵ درجہ کی حرارت میں
 داخل کرنا چاہئے، کیونکہ اس درجہ کا سیال داخل بدن ہونے تک
 بھی ٹھنڈا ہو جائیگا، اور اسکا درجہ حرارت تقریباً بدن کے درجہ
 رت تک پہنچ جائیگا +

مندرجہ بالا محلول نمک تیار کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ اسے کلینج کی

صراحی میں تیار کیا جائے۔ نمک کو اس برتن میں داخل کر کے آب مقطر
مطر (جراثیم سے پاک) بمقدار سندرہ بالا ملا دیا جائے اور دونوں کو
خوب مل کر لیا جائے۔ استعمال سے پہلے اس سیال محلول کو بطریقہ
مقررہ حرارت پہنچا کر بخوبی پاک صاف کر لینا چاہئے۔ سیال عموماً
۵، ۶ یا ۹ فیصدی استعمال کیا جاتا ہے +

سیال نمکین کی جلدی پچکاری اسکی تیاری میں تین چیزوں کی ضرورت
پیش آتی ہے۔ ۱۔ ایک قیف نما کانچ کا ظرف (قیف) (۲) ربر
کی ٹلی۔ (۳) ایک بڑی سوئی۔ سیال نمکین کو ظرف مذکور میں ڈال کر
ربر کی ٹلی میں سوئی پہنا کر اسکی پچکاری کی جاتی ہے۔ پچکاری کے لئے
مناسب مقام سینہ کا مقام (نیم صدری) ہے۔ گائے بغل اور
دیگر مقامات پر بھی یہ پچکاری دی جاتی ہے۔ سینہ میں جلد کے نیچے گا ہے
دونوں طرف بیک وقت دی جاتی ہے۔ جبکہ شیشہ کی ٹلی اس قسم کی
موجود ہو، جو صراحی میں لگ سکے اور اسکے ساتھ دونوں سوئیاں لگ
جائیں۔ ورنہ دونوں طرف یکے بعد دیگرے پچکاری لگاتے ہیں +

سیال نمکین کی پچکاری وریس | یہ طریقہ اگرچہ نہایت سریع الاثر ہے مگر
یہ وقتی اور عارضی اثر رکھتا ہے۔ اس کے لئے نہایت مناسب مقام کبھی
کے سامنے کی وریس (وریڈیفیڈ) متوسط، وریڈ باسلیقی متوسط)
ہیں۔ پہلے بازو پر ایک پٹی یا ربر کی ٹلی باندھ کر اور ان وریڈوں کو خوب
بھٹاکر واضح کر دینا چاہئے۔ ربر کی ٹلی کو باسانی کھول لینے کے واسطے
یہ ترکیب خوب ہے کہ اسکو بازو کے گرد لپیٹ کر اسکے دونوں سرے

سے کپڑوں میں لپیٹ کر دین سکے میڈین بیریٹک دین +

سچے (مکلاٹ) سے پکڑ لئے جائیں۔ اگر بازو پر پٹی باندھ دینے کے بعد
 رگیں خوب اچھی طرح ادبھر نہ آئیں، تو ادنکو چھلانے کے لئے انگلیوں
 ، لیکر اوپر کھنی کے قریب تک پٹی کی بندش باندھ دیجائے۔ اس کے بعد
 اس کے مقام کو غسولات مطہرہ پاک کرنے والی سیال چیزوں (،
 دھو کر اور پاک صاف کر کے پھولی ہوئی رگ کے اوپر کی جلد میں
 لگان لگائیں اور ورید کو واضح کریں۔ پھر اس ورید کو اوپر اٹھا کر
 اس کے گرد دو حلقہ (بند) ریشم کے صاف و پاک تاگے لگائے جائیں
 صرف نیچے کے حلقہ میں گرہ لگا دی جائے اور اسے کس دیا جائے
 راہ پر والے حلقہ کو کھلا اور ڈھیلا چھوڑ دینا چاہئے، تاکہ تھوڑی دیر
 ، بعد وہ بھی کسا جاسکے، اب نیچے کے حلقہ کے سرے کو قدرے اوپر
 بچکر ورید کو تان لیا جائے اور پھر تیز نوکدار باریک خمیدہ پنبی سے
 ورید کو اس کے طول میں کھول لیا جائے۔ اس طرح ورید میں سوراخ
 کے سیال نلکین کی نلکی کے سرے کو اس میں داخل کر لیا جائے
 ، کو داخل کرتے وقت اس کے اندر سے سیال نلکین کو بہنے دیا
 ے، تاکہ اندر کی ہوا کے پبلے خارج ہو جائیں، اور پھر قریب دس
 ارہ چھٹانک (۵۳ تولہ) سیال نلکین ورید کے اندر داخل ہونے
 جائے۔ پھر نلکی ورید کے سوراخ سے نکال لی جائے اور اوپر دالے
 گے کے حلقہ کے سرے میں گرہ لگا دی جاوے +

گا ہے سیال نلکین میں فوق الکلوین خضر آمیز فوق الکلوین بچکر
 (گرہ) کے پانچ قطرے ملائے جاتے ہیں۔ جسکی قوت ایک فی ہزار ہٹ

یا جو ہر غدہ نخامیہ (نخامین) کی پچکاری بھی جلد کے نیچے کر دیجاتی ہے +
 مگر سیال نمکین کی وریدی پچکاری کے اثر سے دوران خون
 کے دباؤ میں جو زیادتی ہو جاتی ہے، وہ محض عارضی ہوتی ہے، کیونکہ
 پچکاری کیا ہوا سیال خون سے نکل کر جلد ہی دوسری ساختوں میں
 منتقل ہو جاتا ہے، اور اگر سیال کثیر مقدار میں دیا جائے تو گاہے پیچھا
 کی ساخت میں بھی پہنچ جاتا ہے۔ اسلئے بہتر یہ ہے کہ وریدی پچکاری
 کی صورت میں بیک وقت بہت بڑی مقدار نہ داخل کی جائے،
 بلکہ تھوڑی تھوڑی مقدار کچھ وقفہ دے دے کر دی جائے (ایک وقت
 میں ۵۳ تولہ سے زیادہ مقدار نہیں دینا چاہئے) +

محلون نمکین قوی یہ تینوں چیزیں سیال نمکین معتدل (مذکور) سے
 نمکیات کم اور زیادہ مفید نہیں ہیں۔ اس مقصد سے کہ خون کی
 کٹھاری پکاریاں رگوں میں اس طرح داخل کیا ہوا سیال رگوں سے
 نکل کر دوسری ارد گرد ساختوں میں جانے نہ پائے، بعض دیگر قسموں کے
 سیالات پر بھی تجربہ کیا گیا ہے۔ مثلاً ۹ فیصدی قوت کے سیال
 نمکین میں ۶ فیصدی قوت کا محلول صمغ عربی (گوند بول) ملا دیا جاتا،
 (صمغ عربی کا محلول بھی آب مقطر میں تیار کیا جائے) +

اور جو تداویر دین کی گئی ہیں، وہ صدمہ کی سادہ اور معمولی حالتوں
 کے لئے ہیں۔ مگر جب صدمہ کے ساتھ کثیر مقدار میں خون خارج ہو ہو
 (نزف) تو بجائے سیال نمکین کی پچکاری کے مریض کے جسم میں
 ۱۵ غنائیں۔ بیچوٹین ۱۵ بائی پرائمک سیلان سولوشن ۳۵ کیلیم سائٹ
 ۳۵ الکالائن انجکشن +

دوسرے انسان کا خون بھی داخل کرنا پڑتا ہے۔ اس عمل کو
قَلِّ الدَّم "کتنے ہیں +
نَلِّ الدَّم کے لئے خون دینے والے (مُعْطٰی) کے انتخاب میں دوسروں کی
 توں کا خاص لحاظ لازم ہے +

اول تو یہ کہ "مُعْطٰی" اور مریض دونوں کے خون کے درمیان مغائر
 منافات (کیسا وی اختلاف) موجود نہیں ہونا چاہئے، بلکہ ایسے شخص کا
 لینا چاہئے جو مریض کے خون کے ساتھ ملکر بخوبی حل ہو جائے
 دویم یہ کہ خون دینے والا شخص ایسے امراض سے پاک ہو جو معتدل
 و قابل انتقال ہیں، مثلاً آتشک، تپ سوسکی وغیرہ ورنہ اس کے خون
 امادہ مرض مریض میں بھی منتقل ہو جائیگا +

جب مریض و معطی کے خون کے درمیان مغائرت موجود ہوگی
 ایسا خون مریض کے جسم میں داخل کر لئے سے بعض عوارض، مثلاً ضَعْف
 بِلٰی، بول احمد و بھوئی (جس میں خون کی سُرخی ملی ہوئی ہوتی ہے) یرقان
 رسوت تک واقع ہونے کا احتمال ہے +

نقل ادم کا عمل نہایت نازک ہے، اس لئے تجربہ کار ماہر ہی اسکو
 بلا خون و خطر کر سکتا ہے کس شخص و معطی کا خون مریض کے لئے سنا
 دے ضرر ہے اس بات کے جانچنے کے لئے کئی یقینی ترکیبیں ہیں مثلاً بھوئی
 شخص کا خون داخل جسم کرنے سے پہلے صبح تجربات کے ذریعہ سے
 تحقیق کر لینا چاہئے کہ وہ بے ضرر اور مریض کے لئے مناسب حال

لہ ایک شخص کا خون دوسرے شخص میں داخل کرنا +

لہ تیمر گلہ بن پوریا +

ہے یا نہیں ؟

پہلے یہ دیکھ لینا ضروری ہے کہ جس مریض کے جسم میں خون داخل کرنا ہے اُس مریض کے خون کا پانی (مصل) معطی کے خون کے سُرخ دانوں میں چپکنے کی کیفیت (اتصاق) تو نہیں پیدا کر دیتا ہے ؟ یعنی مریض کا خون اور معطی کا خون دونوں ملکر بخوبی حل ہو جاتے ہیں یا انیس کوئی رسوب تو نہیں جم جاتا ہے ؟

اس حادثہ کے روکنے کے لئے یہ جاننا ضروری ہے کہ معطی اور مریض دونوں ذیل کی چار قسموں میں کس قسم سے تعلق رکھتے ہیں ؟ +

قسم اول کو ”آخذ عمومی“ کہتے ہیں۔ ایسے شخص کے خون کا مصل ہر قسم کے خون سے مل سکتا ہے۔ اور کسی قسم کے خون کے سُرخ دانوں کو اکٹھا کرنے اور چپکانے کی خاصیت نہیں رکھتا۔ لہذا اس قسم کے مریضوں میں ہر اجنبی شخص کا خون بلا خطر داخل کیا جاسکتا ہے +

قسم دوم و قسم سوم۔ ان ہر دو اقسام کے شخصوں میں صرف انیس دونوں قسموں کا خون یا جزئی قسم کے معطی کا خون داخل کیا جاسکتا ہے۔ قسم چہارم کو معطی عمومی کہتے ہیں۔ اس قسم کے اشخاص کا خون ہر اجنبی مریض (آخذ) میں بلا خون و خطر داخل کیا جاسکتا ہے +

اب نقل الدم کا عمل کرنے سے پہلے ضروری ہے کہ پہلی اور دوسری قسم کے شخصوں کے خون کا مصل ملحدہ ملحدہ تیار رکھا جائے۔ اسکے بعد جس مریض کے خون کی قسم دریافت کرتا ہے اسکے خون کا ایک ایک قطرہ دو ملحدہ مشیشوں پر رکھ لیا جائے۔ پھر قسم اول کے مصل کا ایک قطرہ پہلے

۱۔ یونیورسل ڈونر +

۲۔ یونیورسل ریسی پی انٹ +

شیشہ پر اور قسم دوم کے مسجل کا ایک قطرہ دوسرے شیشہ پر ڈال دیا جائے۔ اور ایک معمولی آتشی شیشہ درجہ بیروں کو بڑا دکھلاتا ہے، کی دوسرے بلکہ معمولی نظر ہی سے دیکھ لیا جائے کہ باکسی ایک یا دوزں میں خون کے شخ دانے باہم پیٹ کر اکٹھے ہو گئے ہیں یا نہیں اس تجربہ کی مدد سے یہ معلوم ہو سکتا ہے کہ جس مریض کے خون کا ہتھکا کیا ہے وہ کس گروہ سے تعلق رکھتا ہے +

نقل دم کے طریقے۔ چونکہ مریض نہایت ضعف کی حالت میں ہوتا ہے، اور اس میں جراثیم کا اثر بہت جلد ہو سکتا ہے، اس لئے نقل الدم کے عمل میں ہمارے خیال نہایت ضروری ہے +

نقل دم کے کئی طریقے ہیں، ان میں سے ایک طریقہ یہ ہے کہ براہ راست مریض اور معطی کی رگوں کے درمیان نیکی لگا کر خون کو ایکٹن سے دوسرے بدن میں پہنچا دیا جائے (نقل بلا واسطہ) +
دوسرا طریقہ یہ ہے کہ پہلے خون کو کسی ظرف میں اکٹھا کیا جائے اس کے بعد مریض میں منتقل کیا جائے (نقل بلا واسطہ) +

(۱) پہلی ترکیب (بلا واسطہ) میں آلہ میل نمان کا انجوبہ (نیکی) استعمال کیا جاتا ہے۔ جس میں روغن تخمین لگا کر اسے درمیان میں داخل کر کے معطی کا خون مریض کی ورید میں براہ راست داخل کر دیا جاتا ہے۔ روغن مذکور کے اثر سے خون جمنے نہیں پاتا۔ اس طریقہ سے خون کی مقدار کا صحیح اندازہ نہیں ہو سکتا کہ مریض کے بدن میں کس قدر لے کینولا + میل ڈالیں۔ اور کارائیڈ کینولا + سلہ پیرافین۔ اور پ سین آئل +

جو بچا +

(۲) دوسری ترکیب (باواسطہ) پہلے ایک پاک صاف ظرف میں روغن مذکور یا انجودرجا و کورکنے والی، اور کوئی دوا لگا کر اس ظرف میں معطی کا خون اکٹھا کر لیا جاتا ہے +

طریقہ اول میں اندنوں ایک خاص قسم کا انجودرجا (نلکی) استعمال کیا جاتا ہے جسکو لہ قلعہ: آتی میں پاک صاف (حضرت سے پاک) کر کے روغن تین اور اشیر کے محلول مشع میں پکنا کر لیا جاتا ہے +

آخر ان تجدد ہوا — تودہ رانکاں جاتا ہے معطی اور مرہین دونوں کی درمیان میں مقامی مقرر کے استعمال کو بعد یہ طریقہ معلوم کھول کر خون منتقل کیا جاتا ہے +

طریقہ دوم کے لئے بعض محققین نے خاص قسم کے آلات بنائے ہیں از انجملہ ایک محقق نے اسکے لئے جو آلہ بنایا ہے اس میں ایک قنیہ درجہ اول ہے جس میں پیمانے کے نشانات بنے ہوئے ہیں، اس شیشے میں ایک ڈاٹ لگی رہتی ہے، جس میں تین سو رانخ ہوتے ہیں، ایک سو ران کے اندر کایج کی ایک نلکی لگا دی جاتی ہے جس کے بیرونی دھانے پر برکی ایس نلی لگی ہوئی ہوتی ہے، پہلے اس نلی کے ذریعہ

لے پائیں۔ اڈپ سین آئل۔ سٹڈ انجیر کتون (کپٹن ٹوب) یا سٹڈ انجیر کتون (کپٹن ٹوب) + سٹڈ آلہ قلعہ ذاتی (آؤٹو کلیو) ایک دہات کا آلہ ہے جس میں گم بھاپ کے ذریعہ سے ادویہ آلات وغیرہ کو صاف کیا جاتا ہے۔ سٹڈ محلول مشع (سپر وڈ سوپوشن) اسے کہتے ہیں جس کے اندر حل ہونے والی چیز اس سے زیادہ زنگل کے۔ سٹڈ رابرٹس +

سے شیشہ میں مخلول لیوں آگین (۲۰، ۱۰ فی ۱۰۰) کی مقدار میں (۱۶۰ گرام) شیشہ بھری جاتی ہے، پھر اس ربر کی نلی کے آخری سر پر سوئی لگا کر شش معطی کی ورید میں داخل کر کے معطی کا خون شیشہ میں لے لیا جاتا ہے اس طور پر خون مخلول مذکور سے ملکر منجمد نہیں پاتا، ڈاٹ کے دوسرے سو رانخ میں ایک دوسری نلی لگی ہوتی ہے، اسکے انتہائی سر پر بھی ایک سوئی لگا دی جاتی ہے، اس نلی کے ذریعہ سے شیشہ کا خون مریض کی ورید میں پہنچایا جاتا ہے۔ پہلی اور دوسری نلیوں کے بیڑنی سروں پر، سوئی کے قریب نلی کو بند کرنے کے لئے ایک گلاب (گرفت) لگا دیا جاتا ہے۔ اس گرفت کو دبائے سے مریض اور معطی کی وریدوں سے خون کی آمد و رفت کو مرضی کے مطابق روکا جاسکتا ہے +

ڈاٹ کے تیسرے سو رانخ میں بھی ایک نلی لگی ہوتی ہے، اس کا اندرونی سرا ڈاٹ کی اندرونی سطح سے قدرے اندر ابھرا ہوا رہتا ہے اس نلی کے ذریعہ سے شیشہ کے اندر کے سیال پر حسب ضرورت دباؤ ڈالا جاسکتا ہے یا امتصاص کے ذریعہ (یعنی چوسکر) دباؤ کم کیا جاسکتا ہے + یہ نلی ڈاٹ کی اندرونی سطح کے ٹھیک باہر تک ہوتی ہے +

نقل دوم دوسری شیشہ کی پچکاریوں کے ذریعہ بھی کیا جاسکتا ہے +
نقل دم کی ترکیبوں کا علی طور پر سیکھنا زیادہ آسان اور مفید

ہے کیونکہ اسکا بیان باوجود طوالت پذیر ہونے کے پوری طرح

سمجھ میں نہیں آسکتا +

۱۷۱ (۱۶۰ سی سی) +

۱۷۲ سائٹریٹ سویشن +

۱۷۳ گلاب کلب +

خون کس مقدار میں پہونچنا چاہئے؟ عموماً ایک وقت میں ۷۰۰ ملٹرز سے ۱۰۰۰ ملٹرز خون منتقل کیا جاتا ہے مگر اس سے کم مقدار بھی مفید اثر پیدا کر دیتی ہے۔

یہ عمل کن حالات اور کن امراض میں مفید ہے؟ نقل الدم کے عمل سے عارضی یا مستقل فائدہ مندرجہ ذیل حالات میں ظاہر ہوتا ہے۔
(۱) شدید صدمہ جس میں کثیر مقدار میں سیلان خون (نزلیف) ہو چکا ہو۔
(۲) نوزائیدہ بچہ میں سیلان خون ہوا ہو۔ (۳) وضع حمل کے بعد سیلان خون ہوا ہو۔ (نزیف ثانوی) (۴) خبیث قسم کا فقر الدم (مکی خون۔ سورقہ) (۵) ۱۱ جولائی ۱۹۱۵ء بعض حالات میں نہ تو سیال نگیں کی پچکا ری مفید اثر پیدا کرتی ہے، اور نہ نقل الدم مفید اثر پیدا کر سکتا ہے۔

خون کے منتقل کرنا عمل چونکہ مدوی (مہیوت) اور عفونت کا سبب بن سکتا ہے۔ اس لئے اس عمل کے وقت تمام اُن امور و ہدایات کا خیال رکھنا ضروری ہے، جو ایسے اعمال کے وقت ضروری ہیں مثلاً صفائی و پاکیزگی وغیرہ۔

صدمہ کی حالت میں اعمالِ جراحہ اختیار کئے جاسکتے ہیں یا نہیں؟ اس معاملہ میں اہل فن کے درمیان اختلاف رائے ہے بعض لی رائے ہے کہ بارہ سے چوبیس گھنٹہ تک تاخیر کی جائے، اور اس عرصہ میں صدمہ کا علاج کیا جائے، (اس کے بعد دستکاری کیجائے)۔

لیکن اگر صدمہ کا اصلی سبب سیلان خون (نزلیف) ہے تو بلا تاخیر

۱۰۰ سی سی C.C. حرارہ ۱۰۰ تقریباً ایک کعب سنتی میٹر کے برابر ہوتا ہے۔

۱۰۰ سی سی C.C. پر فی منٹ ۱۰۰ سی سی ہوتا ہے۔

و تا نکل دستکاری کرنا چاہئے۔ اور اس کے ساتھ ہی صدمہ کے علاج کی لئے سیال نلکین کی پچکاری کرنی چاہئے +

اسی طرح جب عضلات بہت مجروح ہو کر کچل یا چھل گئے ہوں یا جب اندرونی آفت پہنچی ہو، یا جب نظام دماغی و نخاعی ماؤت ہوا ہو تو ان حالات میں دستکاری کا جلد اختیار کرنا ضروری ہے۔

۳۔ ہڈیاں کی مختلف اقسام بھی ضرب (آفت) کے باعث یا اعمالِ جراحی کے بعد پیدا ہو سکتی ہیں۔

شراب خوراری کی دیرینہ زیادتی سے بھی ہڈیاں پیدا ہو سکتا ہے اسی طرح ہڈیاں عموماً کسی حادثہ مثلاً جاگ یا مانگ کی ہڈی ٹوٹنے کے بعد نمودار ہو جاتا ہے۔ اس قسم کے حادثہ کے بعد چونکہ مریض کو یکایک نقل و حرکت بند کر کے بالکل ساکن و بے حرکت پڑا رہنا پڑتا ہے اور اسے شراب کی معینہ مقدار بھی نہیں ملنے پاتی۔ اسلئے اُس میں غالباً ہڈیاں حملہ دورہ) کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا مناسب ہے کہ ایسے مریضوں میں جنہیں بکثرت شراب خوراری کی عادت ہے، شراب یک لخت بند نہ کرنی چاہئے۔ بلکہ اس کی مقدار بتدریج گھٹانی چاہئے۔ اگر شراب خور مریض میں ہڈیاں کی ابتدائی علامات (علاماتِ مندرہ) (یعنی بے پنی، بے خوابی، کسی سے آنکھ ملا کر نہ دیکھ سکتا، وغیرہ) پائی جائیں تو ادھکا بغور ملاحظہ کر کے مناسب تدبیر کے ذریعہ سے ہڈیاں کی روک تھام قبل از وقوع کرنا چاہئے۔

پہلے تو نمک کا نہایت تیز جلاب دینا چاہئے۔ اور اس کے بعد

لے ہڈیاں (ٹولیریم) +

عضن آمیزد بروماڈا اور خضر آمیزد کلورائڈ کی بڑی مقدار دیدینی چاہئے
اگر ہڈیان کی علامات بڑھتی نظر آئیں، تو عضن آمیزد بروماڈا اور خضر
دکلورل کی خوراک ہر چار چار گھنٹے کے بعد دینی چاہئے۔ اور شب کے
وقت بخین (جو ہرنج) ہائیوسین کی تحت الجھ چکاری لگا دینی چاہئے۔
اس بات کی احتیاط بھی ضروری ہے کہ ہڈیان کے دورہ کی حالت
میں مریض کو اور زیادہ ضرب و آفت نہ پہنچ جائے۔ اگر مریض کی ہڈی
ٹوٹ گئی ہے تو اس کے شکستہ عضو کو جس (لصقہ پیرس) میں باندھ کر
غیر متحرک کر دینا چاہئے، کئی دن تک اس طرح غیر متحرک رکھنا چاہئے
حتیٰ کہ ہڈیان کا دورہ گزر جائے۔

ہڈیان نیلی (جو عموماً رات کے وقت ہوا کرتا ہے) تسم دم کے
مختلف اقسام میں پیدا ہو جاتا ہے، اس قسم کا ہڈیان دو مخصوص مریض
میں اکثر پایا جاتا ہے:- ایک تو شدید التهاب دودھ کے مریضوں میں
اور دوسرے خافضہ انائے ذیابیطی میں۔

ہڈیان مندرجہ ذیل صورتوں میں بھی پیدا ہو جاتا ہے:-

۱۔ بعض ایسے مریضوں میں جنکے سر میں ضرب پہنچی ہو۔

۲۔ گاہے ایسے سمر مریضوں میں دستکاری کے بعد جنکا غدہ

مذی بڑھ گیا ہو اور پیچھے کی طرف دباتا ہو۔

تسم الدم کے ہڈیان میں سمیت کو خفیف کرنے کی کوشش کرنی
چاہئے۔ اور ہڈیان کے تمام مریضوں کو سکون و آرام دینا چاہئے، اور

لہ پلاسٹرف پیرس۔ سٹہ ٹاکسیک پوائزنگ۔ سٹہ کل می نے ٹنگ اپنیٹی

سالی ٹس۔ سٹہ ڈایا بے ٹنگ گنگرین۔ سٹہ پراسٹینٹ کلینڈ +

نہیں لانے کی کوشش کرنی چاہئے۔

۴۔ سُدہ شحمیہ (چربی کا سُدہ)۔ مختلف جراحات و ضربات کے ابتدائی عوارض میں سے سُدہ شحمیہ بھی ہے۔ اکثر سُدہ شحمیہ بڑی ٹوٹنے (کسٹروٹھ) یا بوڑھوں کے اکھڑنے (ظلم) اور تھوڑے (بد وضعی) فسادِ تشکل کی درستی کرنے کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ سُدہ شحمیہ کا حدوث شدید سوز ہی پر منحصر نہیں ہے، بلکہ یہ معمولی اور خفیف کسے کے بعد بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چربی کے چھوٹے چھوٹے قطرات دورانِ خون کے ساتھ شش میں پہنچ جاتے ہیں، اور وہاں باریک عروقِ شعریہ میں پس کز زہنی سُدہ (دغنی سُدہ) بنا دیتے ہیں۔ لیکن گاہے پیپھڑوں سے گزرا کر یہ چربی کے قطرے عام دورانِ خون کے ساتھ قلب یا دماغ میں پہنچ کر سُدہ پیدا کر کے مخصوص علامات پیدا کر دیتے ہیں۔ گاہے اس سے فوری موت بھی واقع ہو جاتی ہے۔

بشیر حالات میں سُدہ شحمیہ کی علامات تین طور پر دیکھی جاتی ہیں، یعنی غشْر النفس (سُتاس کی تنگی)، سانس کی تیزی چہرہ کے رنگ کا نیلا ہو جانا (خُضرت)، اور تنوک میں خون آنا (نفث الدم) اگر سُدہ شحمیہ دماغ میں ہوتا ہے تو نہ یان دماغی سقے، استرخا اور بھی پائے جائیگے، یہ واضح رہے کہ یہ علامات چرٹ لگنے کے چند روز بعد ظاہر ہوتی ہیں۔

علاج۔ مریض کو سکون و آرام سے رکھا جائے اور نمایاں علامات کا علاج کیا جائے۔ بالآخر عموماً مریض شفا یاب ہو جاتا ہے +

لہ ڈی فارمیسی لہ ہیوے جب انفارکٹ لہ صر النفس ٹو سپنا لہ قوا۔ کرا +

باب نہم

نظام عروقی کے آفات و امراض

نزف

(نزیف یا سیلان خون)

”نزف“ رگوں سے خون کے بہنے کا نام ہے۔ یہ عروق کی تینوں قسموں یعنی شریانوں، وریدوں اور عروق شعریہ سے واقع ہو سکتا ہے (بسکوی علی الترتیب ”نزف شریانی“ ”نزف وریدی“ اور ”نزف شعری“ کہتے ہیں) علیٰ ہذا قلب سے بھی نزف ہو سکتا ہے۔

جب جلد کی سطح تک براہ راست عروق کٹسند قائم ہو کر سیلان خون ہوتا ہے تو اسکو ”نزف خارجی“ کہتے ہیں۔ لیکن جب سیلان ساختوں کے اندر ہو یا کسی تجوہت مائی میں واقع ہو تو اسکو ”نزف داخلی“ کے نام سے یاد کیا جاتا ہے۔ جب ناک سے خون خارج ہوتا ہے تو اسکو رُمان دیکسیرا کہتے ہیں +

”نزف مخفی“ خود اغشیہ مخاطیہ (معابد ارجلیوں) کی سطح سے

۱۔ ہیمرج ۲۔ آرٹریل ہیمرج ۳۔ وے نس ہیمرج ۴۔ کپیری ہیمرج ۵۔ اسٹریل ہیمرج ۶۔ اسٹریل ہیمرج ۷۔ سیرس کیوٹی ۸۔ کن سیلڈ ہیمرج +

یا اونکے درمیان سے نکل کر مخفی طور پر اندر ہی اندر ہوتا رہتا ہے اور یہ اسی وقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ کھانسی کے ذریعہ پیچھے پٹروں سے (نفث الدم)، یا استفراغ کے ساتھ معدہ سے (قی الدم) یا پیشاب کے ساتھ مجرای بول سے (بل الدم) یا پاخانہ کے ساتھ مبرز سے (اسہال الدم) یا رطوبت نام نہانی کے ساتھ (عورت کے رحم سے) خارج ہوتا ہے۔ جراح کے لئے نزف شریانی کے مندرجہ ذیل اقسام اہمیت رکھتے ہیں :-

(۱) "نزفِ اَوَّلِی" (نزفِ ابتدائی) یعنی وہ سیلانِ خون ہے جو کسی حادثہ کے وقت یا جراحی عمل کے دوران میں واقع ہوتا ہے۔

(۲) "نزفِ رَدِّ اَعْمَل" وہ سیلانِ خون ہے جو کسی حادثہ یا جراحی علیحدہ کے بعد چوبیس گھنٹے یا اڑتالیس گھنٹے کے اندر واقع ہو۔ جب نزفِ اولیٰ کو روکنے کی ترکیبیں ناکام ہوتی ہیں تو نزفِ ردِ اعمل نمودار ہوتا ہے۔

کسی حادثہ کے وقت یا دورانِ علیحدہ میں صدمہ کے باعث یا خون کے زیادہ ضائع ہو جانے کی وجہ سے قلب کی حرکت اور قوت میں ضعف پیدا ہو سکتا ہے۔ ازاں بعد جب مرین کو گرم بستر پر لٹا دیا جاتا ہے اور صدمہ کے لئے مناسب تدبیر و علاج کیا جاتا ہے، تو صدمہ میں تخفیف واقع ہوتی، اور قلب کی حالت درست ہو جاتی ہے، نبض قوی ہو جاتی ہے، اور خون اُن ماؤنِ رگوں کے ذریعہ ساختوں میں دوڑنے لگتا ہے، جن سے صدمہ کی حالت میں خون جاری نہیں تھا

لے نزفِ اَوَّلِی - پرائمری ہیمرج :-

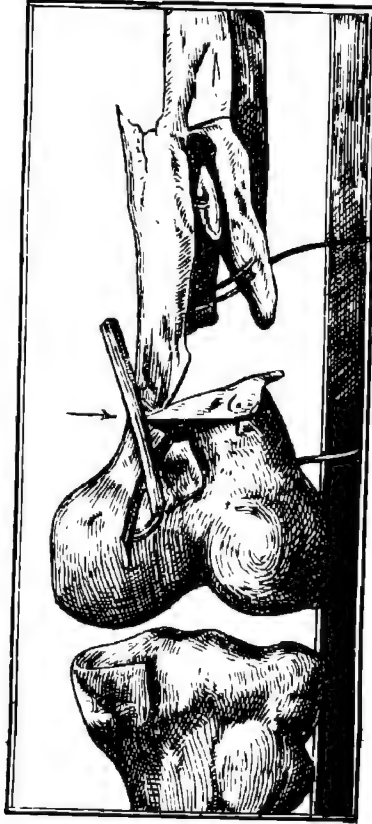
یعنی جن مجروح رگوں سے خون ایک وقت میں جاری نہ تھا، اب ان سے خون بہنے لگتا ہے، اسی کو نزف رد العمل کہتے ہیں) +

نزف رد العمل کی ایک عمدہ مثال سرطانِ پستان کے ایسے مریض میں دیکھی جاتی ہے، جس پر جراحیِ عملِ پستان کو قطع کر کے نکال دیا گیا ہو چونکہ اس مرض میں پستان کی پوری جڑ مائوت ہو جاتی ہے اور اس کو تمام وکمال خارج کر لے کے لئے ایک وسیع رقبہ کو کاٹنا پڑتا ہے، لہذا تمام کٹی ہوئی شریانوں کو باعقبات تمام ٹانگے لگا دینے کے بعد بھی رعلیت ختم ہو جانے کے کچھ دیر بعد اس وسیع سطح کی چھوٹی چھوٹی رگوں سے اس کثرتِ خون رس رس کر اکٹھا ہو جاتا ہے کہ اس کے بہاؤ کے لئے زخم کی پٹی جلد جلد بدلنی پڑتی ہے، بلکہ زخم میں عارضی طور پر زہریا شیشہ کی نلکی لگا کر اخراجِ رطوبات کا انتظام کرنا پڑتا ہے +

(۳) ”نزف ثانی“ ہمیشہ عفونت کے سبب سے واقع ہوا کرتا ہے اور عموماً کسی حادثہ یا علیت سے تقریباً دس دن کے بعد ظاہر ہوتا ہے اسکی صورت یہ ہوتی ہے کہ عفونت کے اثر سے کسی شریان کی دیوار متفرق ہو جاتی ہے۔ بسا اوقات نزف ثانی سے ایک علامت ظاہر ہوا کرتی ہے، وہ یہ کہ خون کے بڑے سیلان سے پہلے زخم کے اندر ایک خفیف سیلان نمودار ہو جاتا ہے۔ جو اس امر کی اطلاع (انذار) دیتا ہے کہ مستقبل قریب میں نزف ثانی کی صورت نمودار ہونے والی ہے۔ اسی نوعیت کا نزف (سیلانِ خون) گاسے قروح عفونیہ کے سلسلہ میں بھی واقع ہو جاتا ہے، خواہ ان قروح کے ابتدائی

لے کنڈری ہیورج +

۲۵ سپٹک السرز +



تصویر (۱۸)

ران کی ہڈی میں کسر مرکب مفتت (جراحات ناریہ)
ہو گیا ہے، جسکی تیز اور نوکیلی ہڈی (کرنج) کو شریان
نغزی چھد گئی ہے، اور نزف ثانوی کی باعث بنی ہے۔

اسباب کچھ ہی ہوں +

جنگی جراحات کے علاوہ آجکل نزعِ ثانوی شاذ ہی پایا جاتا ہے
 گا ہے یہ بعض اعمالِ جراحیہ کی صورتوں میں، اور خاص کر جبکہ امراض
 خبیثہ، (سرطان وغیرہ) کی حالت میں مُتہ یا طلق کے عفونی تجاویز کے
 اندر وسیع پیمانہ پر قطع و برید کی گئی ہو نمودار ہو جاتا ہے۔ گا ہے یہ
 اتفاقی حادثات کے مریضوں، مثلاً عفونی کسر مرکب کی حالت میں بھی
 دیکھا جاتا ہے +

تدبیر جب نزعِ ثانوی کے پیدا ہو جانے کا اندیشہ ہو تو مضبوط زہر
 کی نلی کا ایک مضغط یا صاغطہ (مثلاً پیسٹ کا صاغطہ) لیکراوسکا ایک
 ہلکا سا بیج زخم سے اوپر کے حصہ میں لگا دینا چاہئے، تاکہ ضرورت کے
 وقت اسکو فی الفور کھینچ کر مضبوط گرہ لگا دی جاسکے۔ اگر نزعِ ثانوی
 اطرافِ بدن رہا تھ پاؤں کے علاوہ دوسرے حصہ بدن میں ہو تو پہلے
 وہاں عارضی دباؤ لگا کر خون روک دینا چاہئے۔ اور پھر اگر عملِ جراحی
 کی ضرورت ہو تو فوراً اسکا انتظام کرنا چاہئے بعض حالات میں پٹی
 علیحدہ کر لینے کے بعد اگر زخم کو ہوا میں کھلا رکھا جائے تو خون بند ہو جاتا
 ہے۔ لیکن بعض زخموں میں ٹانگوں کو کاٹنے اور زخم کو کھول کر اوسیں
 خرقہ کے مٹھونے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ اگر اس قسم کی تدبیروں سے
 کام نہ چلے، تو جس شریان سے سیلان ہو رہا ہو، اوس کو بخوبی تلاش
 کر کے اوس میں گرہ لگانا چاہئے۔ جب ایسا کرنا ناممکن، یا زخم کی
 عفونی حالت کے باعث خلافِ مصلحت ہوتا ہے، تو گا ہے سقیم

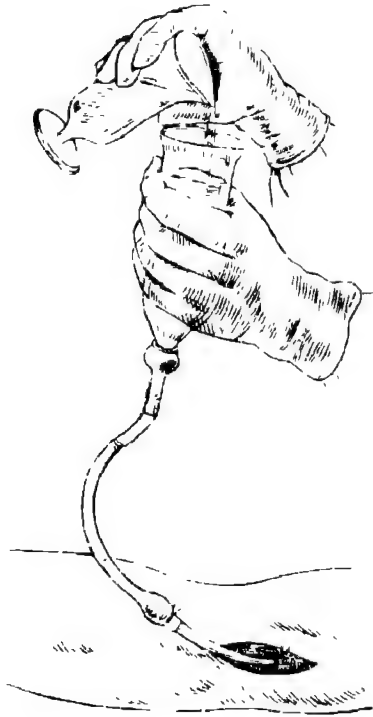
ماؤں سے اوپر کی بڑی اور خاص شریان میں گرہ لگانی پڑتی ہے +

شدید سیلان خون کے علامات و نتائج
یہ صدمہ کی علامات سے مشابہ ہوتے ہیں + اگر سیلان شدید ہے اور خصوصاً جبکہ

خون بسرعت مناع ہو گیا ہو تو موت انما کے باعث واقع ہو سکتی ہے + جلد کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے، ہونٹھ، کان، اور پوٹے نیلے پڑ جاتے ہیں؛ بدن ٹھنڈا ہو جاتا ہے، پسینہ کے قطرے آ جاتے ہیں، سانس تیز ہوتا ہے، بے چینی ہو جاتی ہے؛ اگر سیلان خون موت پیدا کرنے کے قابل نہ ہو تو مریض غشی کے بعد جانبر ہو جاتا ہے، لیکن کچھ عرصہ تک نہایت ضعف کی حالت میں رہتا ہے، نبض ضعیف ہوتی ہے اور آسانی سے دب جاتی ہے، بدنی حرارت درجہ اعتدال سے کم ہو جاتی ہے اور بلکہ پھیلی اور سرد ہوتی ہے +

خون کا دباؤ (تضاغط و موی) سیلان کے اثر سے پہلے تو بہت کم ہو جاتا ہے، لیکن کچھ عرصہ بعد پھر بڑھ جاتا ہے، جس کے اسباب یہ ہیں (۱) رگوں کا حجم کم ہوتا ہے، خصوصاً احشار کے اندر (۲) عروق جا ذہ کی انہیت (یمقا) بہت زیادہ مقدار میں دوران خون کے اندر آ جاتی ہے جو جس کے باعث چند روز تک مریض کے خون میں سفید دانوں کی کثرت پائی جاتی ہے +

سیلان خون کا اثر بچوں اور بوڑھوں پر بہت شدید ہوتا ہے لیکن اگر سیلان کے بعد بچوں کو اچھی طرح سنبھال لیا جاوے تو وہ جلد تندرست ہو کر جانبر ہو جاتے ہیں۔ مگر بوڑھوں میں سنبھلنے کی قوت



تصویر (۱۹)

سیال نکین کا احتقان و ریدی
جو گاہے تحت الجلد اور معائے مستقیم کی راہ
پہونچانے کی بجائے ویدی میں کیا جاتا ہے +

بہت کم ہوتی ہے +

نزف کا علاج عمومی اور مقامی دو قسم کا ہوتا ہے، اور صدمہ کے علاج سے مشابہ ہے -

(الف) عمومی علاج :- مریض کا سر نیچے کر کے اسے لیٹا دینا چاہئے اگر سیلان کے دوبارہ جاری ہو جانے کا خطرہ نہ رہے تو مقوی دھڑک اور یہ دی جائیں۔ سیال نکلیں کی دریدی پچکار می دیکر مریض کو نچہ اعل سے بچانا چاہئے۔ اس کی ترکیب صدمہ کے بیان میں بہ تفصیل درج ہو چکی ہے +

اگر حالت زیادہ خطرناک نہ ہو تو سیال نکلیں کا استعمال تحت الجملہ پچکاری کے ذریعہ یا معارستقیم کی راہ بطور حقنہ کے پہنچائیں۔ اور مریض کو گرم رکھیں +

نزف کا قدرتی خون کے قدرتی طور پر بند ہو جانے کی صورت یہ ہوتی احتباس ہے کہ رگ کی دیواریں سکڑ کر اندر کو مڑ جاتی ہیں اور اس کے ساتھ ساتھ خون کی یغین (فائبرین) جم جاتی ہیں۔ علاوہ ازیں بتدریج قلب کی حرکت بھی ضعیف ہو کر مد ہوتی ہے +

(۱) جب شریان عرضاً کٹ پھٹ جاتی ہے، تو اس کی دیوار دکھا درمیانی یا عضلی طبقہ سکڑ جاتا ہے اور درمیانی اور اندرونی طبقات باہر کے طبقہ کے اندر سکڑ جاتے ہیں۔ اور ان کے سکڑنے سے شریان کا سوراخ بھی چھوٹا پڑ جاتا ہے +

(۲) خون جب بیرونی غلات سے ماس ہوتا ہے تو وہ منجمد ہو جاتا ہے اور یہ انجھا کچھ دور تک پھیل کر شریان کی متصہ سالم شاخ تک جبا

پہنچتا ہے۔ خون کا یہ انجماد رگ کے اندر اور سورخ کے آس پاس پیدا ہو جاتا ہے +

(۳) جس قدر خون زیادہ ضائع ہوتا ہے، اوسی قدر اس کے انجماد کی خاصیت ترقی کر جاتی ہے +

(۴) چونکہ قلب کی طاقت کم ہو جاتی ہے، اسلئے منجمد خون کا سُدہ (علقہ۔ لوتھڑا) رگ سے خارج نہیں ہونے پاتا +

اس طرح خون کا سیلان عارضی طور پر خود بخود بند ہو جاتا ہے مگر یہ انسداد محض عارضی ہوتا ہے، مستقل انسداد پیدا ہونے کے لئے منجمد خون میں وہ تمام تغیرات کا واقع ہونا لازمی ہے جن کی تفصیل اندمال بالعلقہ کے بیان میں درج ہو چکی ہے (ملاحظہ ہو باب اندمال جراحات) یعنی رگ کے اندر کے منجمد خون میں خون کے سفید دانوں کا ترشح ہوتا ہے، سفید دانے خون کے لوتھڑے کو کھا جاتے ہیں، پھر بظاہر شریان کے خلیات میں تکاثر کے ہونے سے خلیات یقیہ بن جاتے ہیں جو بالآخر ندبی یعنی ساخت میں متبدل ہو جاتے ہیں۔ اس طرح مستقل طور پر سیلان کا انسداد ہو جاتا ہے۔ اسی طرح رگ کے باہر کا جما ہوا خون بھی بتدریج جذب ہو کر اسکی جگہ یعنی ساخت بن جاتی ہے۔

(ب) مقامی تدابیر۔ اگر ضروری آلات موجود نہ ہوں تو ادھکی کے دباؤ سے یا پٹی یا زبر کی نلی عضو ماؤن پر باندھ کر سیلان کو روکنا چاہئے،

۱۔ بظاہر شریان۔ شریان کا اندرونی طبقہ + ۲۔ خلیات یقیہ (فائبر بلا شٹل) نیچ خلوئی کے خلیات (جو چیپے اور لمبوترے سے ہوتے ہیں، اور ان کے دونوں سرے پر کچھ زرد ام پائے جاتے ہیں + ۳۔ فائبروسی کیٹ ریشل ٹشو +

سیلان کو روکنے کی عام تدبیریں درج ذیل ہیں :-
 (۱) گرہ لگانا (رابطہ) کٹی ہوئی شریان کو ملقط سے پکڑ کر مطر ڈورس
 کی گرہ باندھ دیں۔ اس مقصد کے لئے ریشی ڈورس، وتر الغنم (بھیڑ کی
 تانت) و تردد و الغر وغیرہ استعمال کئے جاسکتے ہیں۔

(۲) مروڑنا (کٹے) اگر کٹی ہوئی شریان بڑی ہے تو اس کو کٹے ہوئے
 سرے سے ذرا اوپر ملقط (چپٹی) سے پکڑ رکھیں، اور پھر دوسرے ملقط سے
 کٹے ہوئے منہ کو خوب بل دیکر مروڑ دیں، حتیٰ کہ اس کا درسیانی طبقہ ٹوٹ
 جائے۔ ایسا کرنے سے اندر کا طبقہ سکڑ کر رگ کا سوراخ بند ہو جائیگا،
 اور سیلان خون کا عارضی انسداد ہو جائے گا۔ اور اگر چھوٹی رگ کٹی ہے
 تو صرف ایک ہی ملقط سے اس کے منہ کا مروڑ کافی ہے +

آجکل جبکہ غیر عفونی ڈورس سے کٹی ہوئی رگوں کا باندھنا بہت
 آسان ہے، مروڑنے کی تدبیر زیادہ ضروری نہیں ہے۔

(۳) داغنا (کٹے)۔ اگر رگیں ایسے مقام پر کٹی یا ٹوٹی ہوں جہاں گرہ
 لگانے میں دقت پیش آئے، مثلاً ہڈی میں یا کسی موٹے متورم حصہ میں
 تو اسے کوآگ سے ہلکا سرخ کر کے داغ دینا کارگر ہوتا ہے +

(۴) ضغط الثبیری۔ کٹی ہوئی رگ کے نیچے ایک سوئی داخل کر کے
 سوئی کے دونوں سروں پر ڈورس کا بل شکل ذو حلقین (۸) لگا کر
 رگ کو بادینا خون کے بند کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ اس تدبیر کا
 استعمال اب بہت کم کیا جاتا ہے +

(۵) ٹھنڈک پہنچانا۔ سرد پانی، برف، یا سرد ہوا میں کھلا رکھنے

سے خون بند ہو جاتا ہے۔ کیونکہ برو دت سے رگوں میں انقباض ہوتا ہے جس سے ان کے مُنہ بند ہو جاتے ہیں۔

(۶) گرم پانی (۱۱۵ درجہ مقیاس مروج) نہایت شدید قاطع نزن ہے کیونکہ اس سے شریان کے طبقہ عضلیہ میں انقباض کی تحریک پیدا ہوتی ہے نیز اس سے خون کی رطوبت بیضیہ جم جاتی ہے +

(۷) عضومائون کو بلندی پر رکھنا (اونچا اٹھانا)۔ اسکے اثر سے شریازوں کے اندر انعکاسی طور پر انقباض پیدا ہو جاتا ہے جس سے خون کے بند ہونے میں امداد حاصل ہوتی ہے۔ یہ تدبیر ہاتھ پاؤں کے نزن میں کارگر ہے +

(۸) ضغط سبائشر (براہ راست دباؤ ڈالنا) زخم کے جوف میں خرد صاف ردئی وغیرہ کے ٹھونسے یا زخم پر مستحکم طور پر بندش کرنے سے خون بند ہو جاتا ہے +

(۹) کیمیائی مرکبات۔

(۱) حابس دم ادویہ کا مقامی استعمال مثلاً صغ حدیدی فُضْر آمیز اعلیٰ ٹیکچر فیو رالی پر کلورائیڈ، حامض عفصی (گیلک ایسڈ)، حامض دینی (ٹے نک ایسڈ)، پیکری، فضا شور آگین (ناٹریٹ آن سلور) خلاصہ کلاہ گردہ، کوکین، خمیر لیٹین (فائبرین فرمنٹ) وغیرہ جن سے رگوں میں مقامی انقباض پیدا ہو جاتا ہے +

(۲) قاطع نزن ادویہ کا اندرونی استعمال جن سے یا تو خون کے

سے بعض لوگوں نے درجہ حرارت (۱۳۰) سے (۱۶۰) بتایا ہے۔ تھ خرد (گاتا)۔

سے سٹپ ٹاک (حابس دم)۔ سٹپ سولر نیل (کسٹریکٹ)۔ ۵۵ بیورسے ٹاک +

جمنے (تجدد) کی خاصیت بڑھ جاتی ہے، بارگاہ میں انقباض پیدا ہوتا ہے
 ہے (ان ہر دو قسم کے اثرات سے خون بند ہو جاتا ہے)۔ مثلاً اذیت
 شیلیم، روغن تارپین، کلیدیہ خضر آمیز دکلورائیڈ آف کیلشیم، جو ہر
 کلاہ گردہ وغیرہ +

انتباہ۔ محرک قلب ادویہ کا استعمال اس وقت تک نہیں کرنا چاہئے
 جب تک کہ سیلان کی بخوبی روک تھام نہ ہو جائے۔

مندرجہ بالا تمام تدبیریں بیشتر عارضی ہیں، انسداد سیلان کا
 واحد اور مستقل ذریعہ صرف یہی ہے کہ شریان کا کھلا ہوا حصہ تلبیسی
 ساخت سے مسدود ہو جائے +

جراحات اور وہ وریدوں کی چوٹ

نزف شریانی | جیولٹ اور بڑی وریدوں کا نزف گناہ بہت زیادہ
 مقدار میں ہوتا ہے، خصوصاً جبکہ وہ خون سے پُر اور پھولی ہوئی ہوں۔
 پنڈلی کی چیلی ہوئی ورید کے اوپر کے سرے سے (جو قلب کی طرف سو)
 بہت خون جاری ہو سکتا ہے، بشرطیکہ اس ورید کی کواٹریاں مریض
 اور ہیکار ہوں۔

علاج۔ نزف شریانی کے علاج سے مماثل ہے۔ اگر ورید قدرے بھرت
 یا کٹ گئی ہے تو اسے بغیر مسدود کئے اتنے ہی حصہ کو باندھ کر گرہ لگا سکتی

لہ انجریڈن ونیز۔ سٹوےس بیورج۔ سٹوےس سائنس +

ہیں۔ بری ورید کا سیلان خون اس طرح بھی روکا جاسکتا ہے کہ زخم کے اندر خرقة بھر کر ٹنوس دیا جائے۔ میکہ کرہ لگانے کا موقع نہ ہو مثلاً جیوب ورید میں +

نزف وریدی کے خطرات :-

(۱) کثیر مقدار خون کا ضائع ہونا۔
 (۲) منجمد خون (علقہ) کا مقام مائت سے جدا ہو کر سڈہ پیدا کر دینا
 (۳) تقيح الدم جلد کو کیکلغونی ہو کر دیوی سڈہ کا پیدا کر دینا، اور اس سے نقيح الدم کا واقع ہو جانا۔

(۴) ورید کے اندر خراجی ہوا کا داخل ہو جانا۔ یہ خصوصاً گردن کی بڑا ریرغل میں بیشتر واقع ہوتا ہے۔

ہوا داخل ہونے کے علامات - ہوا کے اندر داخل ہوتے وقت مخصوص آواز رسوت امتصاص پیدا ہوتی ہے۔ اگر بہت زیادہ مقدار میں ہوا داخل ہوگئی ہے تو مریض کو بے ہوشی طاری ہوتی ہے تنفس تیز اور نبض ضعیف و سریع ہو جاتی ہے۔ تشخ کے دورے بیماری ہو جاتے ہیں اور ہلاکت جلد واقع ہو جاتی ہے۔

علاج - حفظاً ماتندم کے لئے ضروری ہے کہ جب ورید کو کاٹنا ہو تو پہلے اس میں گرہ باندھ لیں، اگر ہوا داخل ہو چکی ہے تو ورید کے سوراخ کو فوراً دباؤ لگا کر مسدود کریں، یا اوپر کوئی غنچوں مٹھر بھائیں، تاکہ مزید ہوا داخل نہ ہو سکے اس کے بعد ورید میں گرہ لگا دیں۔ مریض کا سر نیچا کریں

۱۔ تھراپس - ۲۔ ابوس - ۳۔ پائی میا - ۴۔ سپنگ ابوس
 ۵۔ غسول برشن +

اور اطراف (با تھ پاؤں) کو اوٹھا کر بلند کر دیں محکمہ دہیں معنوی طور پر نفس جاری رہے

نزف شعری

عروق شعریہ سے سیلان خون زیادہ تر متورم مصلح میں ہوا کرتا ہے۔ اگر یہ مسلسل جاری رہے تو خون کی بڑی مقدار نائل ہو سکتی ہے۔ خصوصاً جبکہ مرین مرض ناعور را استعداد نزف، یرقان، دار کفر (دار القلع، اسکرومی) وغیرہ میں مبتلا ہو +

علاج۔ دباؤ۔ خشکی۔ گرمی۔ داغ۔ مقامی حالبس نون ادویہ کا استعمال کلسیہ خضہ آمیز (کیشیم کلورائیڈ) دس سے پندرہ قحہ (دگرین) کی مقدار میں تین تین یا چار چار گھنٹہ کے وقفہ سے دینا گاہ بہت مفید اثر رکھتا ہے +

ناعور (مزاج نرنی)

ناعور (مزاج نرنی) ایک عمومی بدنی مرض ہے، جو عورتوں اور بچوں میں ہوتا کرتا ہے، اور کسی خاندان کے افراد (ذکور و مردوں) میں پایا جاتا اور بڑی خاندان کی ذات کو متاثر نہیں کرتا، بلکہ انکی نرنیہ ولادیں کئی پشت تک چلا جاتا ہے + سبب مرض اب تک نامعلوم ہے +

یہ لاشعری خاص محض نفیت جلدی چوٹ سے ساختوں کے اندر یا جھڑوں کے جون (تجاوید مفصلیہ یا زلالیہ) کے اندر نون کا انقباض شروع

۱۵۳ ہیموفیلیا (مزاج نرنی)۔

۱۵۴ کپلر ہی پیورج +

۱۵۵ ساؤڈیل کوئے لیز +

۱۵۶ ہیپیورج +

ہو جاتا ہے، اسی طرح ذرا سا کٹنے سے سطح زخم سے بکثرت خون نکلنے لگتا ہے۔ اگر دانت کو کھینچ کر نکال دیا جائے تو مسوڑھوں سے مسلسل خون جاری رہتا ہے یہ علامات لڑکوں اور جوانوں میں بہت نمایاں پائے جاتے ہیں وضع حمل کے بعد جب بچہ کی نال کاٹ دیجاتی ہے تو سیلان خون اس شدت سے ہوتا ہے کہ بچہ کی جان تک پہنچ جاتی ہے۔ سیلان خون کے اس دوروثی خاتمہ کا حال اگر معلوم ہو تو ایسے نرینی مریضوں پر عملیات جراحیہ کرنے سے حتی الوسع محترز رہنا چاہیے۔ اور عل و سبب وقت کرنا چاہیے جبکہ بغیر اسکے چارہ کار ہی نہ ہو۔ ایسے مریضوں کو رگڑ، پوٹا و دیگر اسباب جراثیم سے بکمال احتیاط بچکر رہنا چاہیے۔

ایسے لڑکوں میں سبب سیلان خون شروع ہو جاتا ہے، تو معمولی جالیں الذمہ دے بالکل بے اثر ثابت ہوتی ہیں۔ مگر قسمت سے بیشتر مریضوں میں خون خود بخود بند ہو جاتا ہے۔

اس مرض کے شدید حالات میں انسان کا مسلسل دم یا خون دہی کے جسم میں منتقل کرنا چاہیے۔

نرین کے عام سہجات کے علاوہ ایسی ادویہ دیجائیں جن سے خون کی قوت انجاد میں اضافہ ہو۔ کلسیہ خفہ آرمینز (کیلشیم کلورائیڈ) جو ہر کلاہ گروہ یا کوکین کا مقامی استعمال کرنا چاہیے۔

۱۔ ہیومن سیرم - مصل انسانی +

۲۔ جوہر کلاہ گروہ - ایڈرنالین +

تخثر

(رگوں کے اندر خون کا جم جانا)

تخثر (اوس انجماد خون) کو کہتے ہیں جو قلب کے اندر یا کسی شریان یا کسی ورید میں پیدا ہو جائے۔ انجماد خون واقع ہونے سے پہلے ضروری ہے کہ خود رگ کی دیواریں یا خون کے اندر کوئی نہ کوئی تغیر پیدا ہو چکا ہو۔ مقامی ضرب یا خراش اور خون کے بہاؤ میں رکاوٹ واقع ہونے (رگ و دم) سے تخثر پیدا ہو سکتا ہے۔

بہر احوالات میں خونی سٹدہ (جلطہ دمویہ) کی دو اہم قسمیں :-

۱۔ سادہ یا غیر عفونی سٹدہ۔ ۲۔ عفونی یا جراثیمی سٹدہ۔

سادہ یا غیر عفونی سٹدہ رگ کے اندرونی سوراخ کو محض مقامی اور آبی طور پر سدود کر دیتا ہے۔ درآخ ایک عفونی سٹدہ ٹوٹ کے اندر نی دور تک خطرات پیدا کر دیتا ہے۔ جراثیم کی موجودگی کے باعث سدوحی نہ صرف مقامی طور پر پھیل جاتا ہے، بلکہ سٹدہ کے عفونی ٹکڑے دوران خون کے ساتھ مختلف مقامات پر پہنچ کر وہاں سدوحی کے تازہ مراکز قائم کر سکتے ہیں۔ جب ورید سدود ہو جاتی ہے اور وہ سطحی ہوتی ہے تو ٹیوٹلنے (جس سے سٹدہ معلوم ہو سکتا ہے) اگر کوئی بڑی ورید ماؤف ہے تو سٹدہ سے نیچے کے اعضا میں ورم اور جبرمیں ایٹ (تہج) پیدا ہو جاتی ہے۔

علاج :- سکون و قرار بخشنا جائے۔ اگر اطراف ماؤف ہیں، تو اونکو اونچا

۱۔ سٹدہ سبس

۲۔ سٹدہ سبس

رکھنا چاہئے۔ محلول اکتھمال (۱ فیصدی حلویق میں) کا مقامی استمنا
جلطہ دمویہ کی تحلیل و انجذاب میں معاون ہوتا ہے۔ تختہ کے مریض
نہایت آہستگی کے ساتھ اوٹنا پلٹنا اور دیکھنا بھالنا چاہئے کیونکہ اگر
خون کا کوئی حصہ ٹوٹ جائے تو وہ دوران خون کے ساتھ گشت کر
لے گا۔ اور دوران کے مقامات میں انسداد پیدا کر دیگا +

انجام سرنس (۱) سدہ تحلیل و جذب ہو جائے تو دوران خون از سر نو
ہو جائیگا۔ (۲) یا سدہ میں یسفی ندبی ساخت بن جائے، تو اوٹ رگ
ہمیشہ کے لئے بند ہو جائیگی +

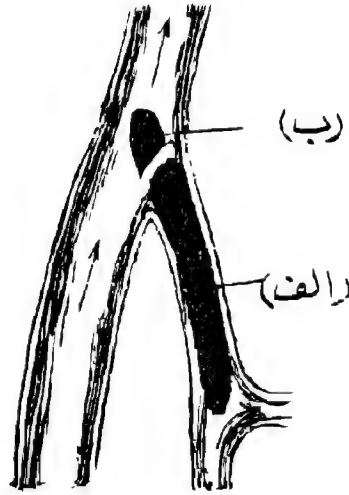
انسداد عروق

(رگوں میں سدہ پیدا ہونا)

انسداد یا کسی رگ کے اندر منجمد خون کے ٹکڑے کا پھنس جانا عام
تخثر کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ مگر گاہے انسداد قلب کے کواڑیوں (اصاً)
کے امراض، سلعہ پلگٹسمیہ، یا سلعات خبیثہ (سرطان وغیرہ کے قسم
رسولیوں) کے ٹوٹنے پھوٹنے سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ سدہ خون
بھاؤ کے ساتھ ایک مقام سے بہ کر دوسرے تنگ مقام پر پھنس جاتا ہے
اگر سدہ میں جراثیم موجود ہیں (سدہ عفونی ہے) تو اس
پھسنے کے مقام پر "خراج ثانوی" پیدا ہو جاتا ہے۔ یا اگر وہ سا
خبیثہ کے ٹکڑے کا سدہ ہے تو مقام انسداد پر اسی قسم کی "انتقالی لٹو"

لٹو کلیسریں + لٹو تھرابس + لٹو ابووزم۔ انسداد

لٹو اتھیروما + لٹو سکندری بس + لٹو سلوانتقالیہ رے ٹائٹ ٹمک لٹو



تصویر (۲۰)

سدہ ۱ اور جلطہ دمویہ (علقہ)

(الف) جلطہ دمویہ رگ کے اندر اپنی جگہ پر

قائم ہے +

(ب) سدہ اس سے جدا ہو کر الگ ہو گیا ہے +

پیدا ہو جاتی ہے۔

التهاب وریدی

ورم وریدی [وریدیکی دیوار کا التهاب اکثر مرض تخثر کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسکی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ (۱) سادہ، (۲) عفونی۔ عموماً التهاب وریدی اور دہ دوالیہ کے مریضوں میں پایا جاتا ہے +

علامات۔ مقامی درد اور مضاضت (حسی ذکات) پائی جاتی ہے یعنی چھونے سے درد محسوس ہوتا ہے۔ ٹٹونے سے (جس کے ذریعہ) گاہی رگ پھولی ہوئی اور موٹی سخت ڈوری کے مانند معلوم ہوتی ہے + علاج۔ مرض تخثر کے مانند کرنا چاہئے۔ مگر تخثر اور التهاب وریدی کے بعض مریضوں میں، جن میں ثانوی طور پر سدہ عفونی پیدا ہو جانے کا خطرہ ہو، جراحی علیتہ کی ضرورت پیش آ سکتی ہے۔ ایسے تمام مریضوں میں تخثر کے مقام سے اوپر (یعنی قلب کی طرف) کے سرے پر وریدی ماؤنٹ میں گرہ لگا کر ورید کو قطع کر کے کھول دینا اور پھر اسکے اندر کے منجمد خون کو خارج کر دینا چاہئے۔ یا ورید کے ماؤنٹ حصہ کو بالکل کاٹ کر پھینک دینا چاہئے +

حصات وریدی (حجرالورید)

جب چھوٹے وریدی سدہ (جلطہ) میں چونہ جم جاتا ہے (تکلس) اور لے نیلے بائی ٹس۔ التهاب وریدی (ورم وریدی) سے اور دہ دوالیہ۔ وریدی کوڑوینتر سے سپنگ امبرلس (امبولک انفکشن)۔ سے حصات ورید۔ نلے بولتھ +

وہ پتھری کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے، تو اسکو حصات وریدمی کہتے ہیں۔

اور وہ دوائیہ یا مرض دوائی

مرض دوائی۔ وریدم کی اس حالت کا نام ہے جس میں وریدم مستقل طور پر پھول کر پھیلکر پھیلا رہا ہو جائیں۔ اسکا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ مردوں کے نسبت عورتوں میں دوائی زیادہ پائی جاتی ہے اور عموماً ایسے اشخاص میں جو اپنے پیشہ کے باعث زیادہ عرصہ تک کھڑے رہ کر کام کرتے ہیں، اور جو مختلف درجات حرارت میں کھلے رہتے ہیں۔ بچوں میں دوائی شاذ و نادر ہو کرتی ہے۔

عموماً دوائی زیرین اطراف (ٹانگوں) میں ہوا کرتی ہے، مگر گاہے ہاتھ میں بھی پائی جاتی ہے۔

علامات۔ دوائی کے مریضوں کو حساسیت میں تھکان کی کیفیت اور ایک بوجھ سا محسوس ہوتا ہے۔ گاہے اس کے ساتھ درد کی شکایت بھی ہوتی ہے۔ جوں جوں مرض بڑھتا جاتا ہے، رگیں زیادہ پھیلا رہتی جاتی ہیں بلکہ وریدوں میں کیسے سے بن جاتے ہیں۔ وریدم کی دیواریں موٹی ہوتی جاتی ہیں، مگر گاہے وہ پتلی بھی پڑ جاتی ہیں، اور خشک رہ کر پھری ہو جاتی ہیں۔ وریدوں کے پھیل جانے کے (ڈھیلا ہونے کے) باعث کواڑیاں ناکافی اور چھوٹی پڑ جاتی ہیں، جس سے خون اور بھی جمع ہوتا رہتا ہے، اور دوائی بڑھتی جاتی ہے۔ وریدم کی اوپر کی جلد پتلی ہو جاتی ہے، اور چھانچن اور تقرج کے پیدا ہونے کا خطرہ رہتا ہے۔ اگر دوائی پر ضرب لگنے کی وجہ سے رگ

لے ویری کو زدنیز ویرکس، سٹہ بٹش۔ نرائی اہل + سٹہ چھانچن (اکڑیا) +



تصویر (۲۱)

گا ہے سر میں بھی دوا لی کا مرض پیدا ہو جاتا ہے +



تصویر (۲۲)

اور دوا لیہ، جنکے اندر پتھریاں ہیں

پھٹ جائے تو کواڑیوں (صدمات) کے غیر کتفی ہونے کے باعث شدید
تذرت واقع ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں عضو کو بلندی پر رکھنا خاص علاج ہوتا
گاہے پینڈلی کی گہری وریدوں میں دوا لی جاتی ہے، اور گہرے
درد کی شکایت ہوتی ہے۔ اس کی صحیح تشخیص عموماً اسوجہ سے نہیں ہوتی کہ
وریدیں گہری اور غفی ہوتی ہیں +

سطحی وریدوں میں سے عموماً صافن طویل یا اندرونی صافن میں دوا لی
پائی جاتی ہے۔ گاہے صرف بیرونی صافن یا صافن قصیر میں ہی دوا لی
ہوتی ہے +

علاج - خفیف دوا لی میں گاہے صرف پٹی کی بندش لگانے سے آرام
حاصل ہو جاتا ہے۔ پٹی کے لئے کریپ کا کپڑا جس میں قدرے نچک ہوتی
ہے موزوں ہے۔ بندش لگاتے وقت عضو کو اٹھا کر بلند کر لینا چاہئے۔
اسی طرح پٹی کھولتے وقت عضو کو بلند کر لینا مناسب ہے +

زیادہ شدید حالت میں خصوصاً جبکہ تحفہ، التهاب وریدی یا تقرح
کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہو، ورید کو کاٹ کر علیحدہ کر دینا چاہئے، اس کی
بہترین صورت یہ ہے کہ ران کی ورید کی پوری لمبائی میں بلو کے اندر شکاف دیکر
ورید کو کھول لیا جائے، اور گھٹنے سے نیچے کی زیادہ پیدار وریدوں کو بھی
فرداً فرداً کاٹ دیا جائے پوری ورید کو کھولنے کا فائدہ یہ ہے کہ جلد میں
جگہ جگہ شکاف دینے کی ضرورت نہیں پڑتی۔ مگر یہ صورت زیادہ پیچیدہ اور
آڑی ٹیڑھی رگوں میں یا جبکہ رگیں بہت خستہ (دھنس) ہوں، کامیاب نہ ہو سکتی۔

۱۵ اسٹریٹ سیفٹ نس دین +

۱۶ لاگ سیفٹ نس دین +

۱۷ شارٹ سیفٹ نس دین +

۱۸ اسٹریٹ سیفٹ نس دین +

نہیں ہو سکتی +

عملیت کی دوسری ترکیبیں یہ ہیں :-

(۱) متعدد دشگات دیکر متعدد مقامات کی وریڈوں میں گرہ لگا کر کاٹ

دی جائیں +

(۲) منفذ صافن کے مقام پر وریڈ کا کچھ حصہ کاٹ دیا جائے اور

اوسکے ساتھ نیچے کی وریڈ کا کوئی حصہ کاٹا جائے یا نہ کاٹا جائے +

(۳) ماؤٹ ریڈیں تمام وکمال قطع کر کے خارج کر دی جائیں +

جب بالائی اطراف (بابتھ) میں وڈالی ہو تو اس بات کی تلاش

کرنی چاہئے کہ گردن کی جڑ میں کسی چیز (مثلاً حجاب منصفیت کے قرب و جوار

کی رسیوں) کا دباؤ تو وریڈی خون کو نہیں روک رہا ہے۔ اگر ایسا ہو تو اس

قسم کے غیر طبعی دباؤ کو دور کر دینا چاہئے +

آفاتِ شریائیں

(شریائیں کا ماؤٹ و مجروح ہونا)

بڑی شریائیوں کی آفات گاہے، تحت ابلکہ زخموں اور گاہے کھٹا

ہوت زخموں کے ساتھ وابستہ ہوتی ہیں۔

(الف) شریان کا کچل جانا (رض)، یہ ساختوں کے کچل جانے کی

وجہ سے ہوتا ہے۔ چنانچہ ایسی صورت میں گاہے مرض تختہ لاحق ہو جاتا ہے،

علی الخصوص اس وقت جبکہ شریائیں پہلے ہی سے ماؤٹ (غیر طبعی حالتیں)

سیفٹنس، آپسٹنٹ + سیٹھی اسٹائل ٹومر (سلعہ منصفیہ) + سلہ انجریز +

ہوں۔ پھر تختہ کی وجہ سے گاہے دور کے اعضاء میں غانغرا پیدا ہو جاتا ہے۔
تدبیر و علاج :- جبکہ شریانیں کچل گئی ہوں، اور تختہ دغا غانغرا پیدا نہ ہو چکے
ہوں، علاج یہ ہے کہ مقام ماؤن کو آرام رہے حرکت، اور بچا کر کے رکھا جائے۔
اکتھال (شماہی) اور حلون (کلیرین) کی تربیٹی رکھی جائے۔ +

(ب) شریان کا جلد کے نیچے پھٹ جانا (انشقاق تحت الجلد) کا جو
شدید کھینچاؤ (تمدد) کی وجہ سے، یا براہ راست کچل جانے سے یا ٹوٹی ہوئی
ہڈی کے تیز نوکدار سر سے چھد جانے کے باعث، یا کسی پرانے اوکھڑے
ہوئے جوڑ کو بٹھانے کی کوشش میں شریان مضروب ہو کر جلد کے نیچے
پھٹ جاتی ہے۔ یہ انشقاق شریان گاہے کامل طور پر ہوتا ہے، اور
گاہے ادھورا (جزوی طور پر)۔ ایسی حالت میں جراح پر یہ غور کرنا فرض
ہے کہ وقوع آفت سے پہلے مریض کے نظام عروقی کی کیا حالت تھی۔ یعنی
شراین پہلے تندرست حالت میں تھیں، یا انہیں ٹکٹس اور ورم ہلای (سل)
ہلای (میسر) موجود تھا؟

جزوی تحت الجلد انشقاق یا جراحات (آفت) جب شریان
کی دیوار کے اندرونی اور وسطانی طبقات میں لاحق ہوتی ہے تو مقام
ماؤن پر تختہ پیدا ہو جاتا ہے، یا اس مقام پر شریان کا بیرونی طبقہ بتدریج
باہر کی طرف پھیلتا جاتا ہے، جس سے کچھ وقفہ کے بعد شریان میں انورسما
پیدا ہو جاتا ہے۔ +

تختہ سے شریان کے اندر رکاؤ پیدا ہو جاتی ہے، جس سے

۱۔ اٹھی رومہ۔ سلسلہ ہلایہ +

۲۔ سب کیوٹے نیس ریچر +

۳۔ ٹکلس ڈکیل سی فی کے شن +

نیچے کا عضو سرد اور کمزور ہو جاتا ہے۔ سدہ سے نیچے شریان میں ضربان (تڑپ) بھی نہیں محسوس ہوتی +

علاج کے لئے وہی تدبیریں اختیار کرنی چاہئیں جو احتمال غانفرانا کی صورت میں اختیار کی جاتی ہیں۔ جلد کے بال سونڈ کر او سے بخوبی مطہر (پاک) کر کے داغ عفونت سفوف چھڑک دینا اور عضو ماؤن کو داغ (دھبہ) رکھنا چاہئے، تاکہ وریدی خون کا اجتماع نہولے پائے۔ خونی سدہ (جلطہ دمویہ) یا تو خود بخود جذب ہو جائیگا، یا شریان کو مستقل طور پر مسدود کر دیگا، جسکے بعد یا تو دوسری متصلہ شاخوں سے دوران خون کا سلسلہ دوبارہ قائم ہو جائیگا یا غانفرانا نمودار ہو جائیگا۔ غانفرانہ کے علامات سے خبردار رہنا چاہئے۔ جب غانفرانا ہو جائے تو مجروح مقام سے اوپر عضو کو قطع کر دینا چاہئے +

اگر بعد میں انورسا پیدا ہو جائے تو اسکا علاج دیگر انورسا جرحیہ کی طرح کرنا چاہئے۔

شریان کے مکمل انشقاق تحت الجلد سے آس پاس کی ساختوں میں خون کا اجتماع (انصباب) ہو جاتا ہے، جس سے اسکے اعصاب اور وریدیں پروباؤ پڑتا ہے اور شدید درد محسوس ہوتا ہے۔ مقامی ورم ہوتا اور مقام زخم سے نیچے کے حصہ عضو میں بھر بھرا ہٹ (ڈرم زخو۔ تھج) پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں عفونت اور غانفرانا پیدا ہو سکتے ہیں +

ایسی تمام حالتوں میں، اگر کوئی بڑی شریان ماؤن ہے تو جلد ہی عمل جراحی لازمی طور پر کرنا پڑتا ہے۔ سدہ (جلطہ دمویہ) کو رگ سے

لے انورسا جرحیہ کے لئے ٹنگرین + سڈہ ورم زخو۔ بھر بھرا ہٹ (ایڈیا) +

لکڑی بٹھی ہوئی شریان کے اوپر اور نیچے کے سروں میں گرہ لگانا چاہئے۔
 عفونت نمودار ہو جائے تو مقام زخم سے اوپر کی طرف عضو کی بڑی شریان
 لگا ہے گرہ لگانے کی ضرورت لاحق ہو جاتی ہے، جبکہ بعد زخم کو کچھی
 صاف و مطہر کر کے خرقة زخم میں آہستگی کے ساتھ ٹھونس دینا چاہئے +
 اگر محض چھوٹی شریانیں پھٹی ہیں تو بجائے عملِ جراحی کے وہی تدابیر
 بحالتِ تحفظ اختیار کی جاتی ہیں، عمل میں لانا چاہئے +

(۲) جروح واضحہ (کھلے زخموں) کے ساتھ شریانیں کی پٹیں یہ ہو سکتی ہیں
 (۱) جروح و خذیہ (سوراخدار) (۲) جروح قطعہ (کٹے ہوئے)

(۱) جروح مرقیہ (پچھے ہوئے) +

مرائین کے جروح و خذیہ (پچھے ہوئے زخم) اور جروح قطعہ
 پٹے ہوئے زخم) ان دونوں سے شدید سیلانِ خون ہو سکتا ہے بشرطیکہ
 اور شریان کا کچھ ہی حصہ زخمی ہوا ہو۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ شریان طبعی طور
 سے کڑنا اور پھیلنا چاہتی ہے، مگر زخمی دیوار کے باعث مکمل طور پر سکڑ
 پھیل نہیں سکتی، بلکہ اسکا سوراخ کھلا رہ جاتا ہے۔ اور یہ سیلان
 اس حالت کی نسبت زیادہ شدید ہوتا ہے، جبکہ شریان پورے طور
 پر مٹ گئی ہو۔ کیونکہ مؤخر الذکر حالت میں کٹا ہوا بسرا بطور خود کامل طور
 سے سکڑ کر بند ہو جاتا ہے +

نزفِ اولیٰ (نزفِ ابتدائی) جب بڑی اور اوسط درجہ کی شریانوں
 سے واقع ہو تو ایسی حالت میں نہ صرف کٹی ہوئی رگ کے طرفِ قریب

۵۔ پر کسی مل زنڈ +

۵۔ گاز خرقة +

۵۔ نزفِ اولیٰ پر انگریزی ہیمورج

ر قلب سے متصل جانب کا سرا) کو باندھنا ضروری ہے، بلکہ اسکے طرف بعید (اعضاء کی طرف کا سرا) اور مقام زخم سے متصل شاخوں کو بھی باندھ دینا چاہئے۔ مناسب حالتوں میں شریان کی سوراخ کو ٹانگے لگا کر بھی بند کر سکتے ہیں، لیکن ایسا کرنے میں مختصر (خون کا جم جانا) کے واقع ہونے کا شدید خطرہ رہتا ہے +

(۳) بندوق کے زخموں میں شریان کا ہے کٹ کر بالکل جدا ہو جاتی ہے، اور گا ہے محض اس کی دیوار کو صدمہ پہنچتا ہے پہلی صورت میں نزف آؤلی اور دوسری میں چوٹ کے باعث انور سماجر صیہ یا شریانی وریدی انور سما پیدا ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے، اور اگر عفونت واقع ہو جائے تو نزف ثانوی بھی نمودار ہو سکتا ہے +

التهاب شریانی

التهاب شریانی (روم شریانی) کی دو قسمیں ہیں، حاد اور مزمن +

(۱) التهاب شریانی حاد۔ یہ گاہے عفونت کے باعث پیدا ہوتا ہے اور باہر سے اندر کی طرف بڑھ کر بتدریج دیوار شریان کے تمام طبقات کو شریک کرتا ہوا، شریان کے اندر جوف شریان کے (اندر) قرعہ بناتا ہے، جس سے بالآخر نزف ثانوی واقع ہوتا ہے +

گاہے عفونی سڈہ شریان کے اندر پھنس کر پہلے شریان کو اندرونی

۱۔ التهاب شریانی حاد۔ اکبروٹ آرٹے

رانی ٹس +

۲۔ ڈسٹل اینڈ +

۳۔ آرٹریو وینس اینڈ رزم +

طبقہ کو مائون کر دیتا ہے، اسکے بعد باہر کے طبقات میں التهاب ہو جاتا ہے۔ گاہے اسکے نتیجے میں انورسا پیدا ہو جاتا ہے +

(۲) التهاب شریانی مزمن۔ یہ مختلف صورتوں میں نمایاں ہوتا ہے، اسکی دو اہم قسمیں درج ذیل ہیں :-

۱۔ ورم ہلماچی (سلعہ اردہالیہ) +

۲۔ التهاب بطاء شریانی مسندو +

(الف) ”ورم ہلماچی“ شریان کی اوس مزمن التهابی حالت کو کہتے ہیں جو عموماً مزمن تسمم کے باعث ایسے اشخاص میں پیدا ہو جاتی ہے جو کثرت سے شراب پیتے ہیں، یا جنہیں نفرس، آتشک، التهاب گردہ (ورم کلیہ) مائمی وغیرہ کی شکایت موجود ہے۔ قیاس کیا جاتا ہے کہ ورم ہلماچی کی ابتدا ر خون کے زیادہ دباؤ (تضاغط دموی) کے باعث ہوتی ہے اور ایسے مریضوں میں خون کا زیادہ دباؤ ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔ مگر زیادہ جسمانی محنت و مشقت کرنے والے اشخاص میں بھی یہ حالت تسمم دم کی غیر موجودگی کے باوجود بڑا لمپے کے زمانہ میں پائی جاتی ہے + ورم ہلماچی کے باعث شریان میں انورسا یا غانغرام پیدا ہو جانے کی صلاحیت بڑھ جاتی ہے۔ اس قسم کے ورم میں بالخصوص بڑی رگیں مائو ہوتی ہیں +

اس مرض میں ابتدائی تغیر یہ ہوتا ہے کہ بطانہ کے بچے کی ساخت

۱۔ ورم ہلماچی (سلعہ اردہالیہ) + ۲۔ تسمم دم = طاکسی میا +

۳۔ التهاب بطاء شریانی مسندو - ۴۔ برائٹس ڈیفریہ +

(انڈ آرٹرائٹس) + ۵۔ ابلی ٹرینس + ۶۔ کرائٹک آرٹرائٹس +

رشیج تحت البطانہ) میں چھوٹے چھوٹے خلیات کا ترشح ہو جاتا ہے، پھر یہ فساد ترکیب کے بعد یعنی ساخت میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یا اس میں فساد شخی شریع ہو جاتا ہے۔

بالآخر حصہ ماؤن، جو فساد ترکیب کے باعث نرم ہو جاتا ہے، یا تو شریان کے جن کے اندر پھوٹ جاتا ہے، یا چونے میں مبتدل ہو کر سخت صفیحہ کلسیہ بنا دیتا ہے۔ بشرہ باطنہ (بطانہ) کے علاوہ یہ علل شریان کے درمیانی عضلی طبقہ میں بھی جا پہنچتا ہے جس پر پلے نرم بنا دیتا ہے، اور پھر اس کی عضلی ساخت کو تلف کر کے چھوٹے چھوٹے داغ اور دھبے پیدا کر دیتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یا تو شریان کی دیوار کمزور ہو کر اور پھیل کر انورسا پیدا کر دیتی ہے، یا عضلی حصہ میں چر نہ جم جاتا، اور وہ کلسی ہو جاتا ہے۔ اسی طرح شریان کا بیرونی طبقہ بھی موٹا ہو کر شریان کے انبساط (پھیلاؤ) میں مداخلت پیدا کر دیتا ہے۔

اور ہم ہلماچی کے نتائج ثنائی :-

۱۔ تخری یا شریان کے اندر انجماد خون کا واقع ہونا +

۲۔ انسداد یا مسدود ہونا۔ یعنی کلسی ٹکڑے بطانہ شریان سے ٹوٹ کر رگوں میں مسدود پیدا کر سکتے ہیں +

۳۔ "تشریحی انورسا" جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ صفیحہ کلسیہ کے نیچے خون کی رو (بہاؤ) داخل ہو جاتی ہے۔ اور دیوار شریان کے طبقہ

۱۔ سب انڈوسیلیل ٹشو +

۲۔ ڈی جنریشن (فساد - استحلال) +

۳۔ فیٹی ڈی جنریشن +

۴۔ صفیحہ کلسیہ - کیل کے رس پلیٹ +

۵۔ تشریحی انورسا اور سارڈسنگ انورزم (وہ انورسا میں خون شریانی کی طبقات کو پیرکروخل ہوتا ہے) +

کے اندر خون داخل ہو کر تشریحی اور سما پیدا کر دیتا ہے +
(دب) التهاب بطنہ شریانی مسدود۔ اس حالت میں شریان کا
 اندرونی طبقہ (بطانہ) نمایاں طور پر موٹا ہو جاتا ہے، اور بالآخر جوف شریان
 کو مسدود کر دیتا ہے، یا تنخر (انجماد خون) کا باعث بن جاتا ہے۔ اس مرض
 میں جدید ساخت جو بنتی ہے، وہ فساد و استحالة کی طرف مائل نہیں ہوتی
 ہے، جیسا کہ ورم ہلیمی میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ حالت بھی مختلف امراض
 میں خصوصاً کثرت شرب خوری، آتشک، ذیابیطس وغیرہ میں پائی جاتی ہے
 آتشک کے باعث چھوٹی شریانیں رمانغ کے اندر اور آتشکی اور اہم صغیہ
 کے آس پاس باؤٹ ہو جاتی ہیں۔ چنانچہ مرکزی نظام عصبی کے ماؤٹ
 ہونے کے باعث مقامی یا عمومی استرخاء کا خطرہ ہوتا ہے، جسکی وسعت
 اس امر پر منحصر ہوتی ہے کہ مراکز اعصاب محرکہ کی خلیات کو خون پہنچانے
 والی رگیں کس درجہ متاثر ہوئی ہیں۔

شریانی اور ذیابیطسی مریضوں میں آخر کار بڑی شریانیں بھی (مثلاً)
 شریان قصبی مؤخر (ماؤٹ ہو جاتی ہیں، جس سے متعلقہ عضو میں نقص تہذ
 بلکہ غانفرانامک کی استعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ ذہنی گروہوں کے قرب و
 ہوجوار میں بھی ہمیشہ التهاب بطنہ مسدود کی فرمن حالت موجود رہتی ہے۔

۱۔ اور اہم صغیہ۔ گمیٹا +

۲۔ پیٹیرو پٹیل آرٹری +

۳۔ ربر کلز +

فساد شریانی

(شراین کا استحالہ)

شراین کے استحالہ (فساد ترکیب) کی متعدد قسمیں :

(۱) فساد کلیسی (استحالہ کلیسی) بیشتر بوڑھے آدمیوں کی پھوٹی شریانوں میں ہوا کرتا ہے۔ اس میں شریان کے درمیانی طبقہ کے اندر چونا جم جاتا ہے، حتیٰ کہ بالآخر یہ طبقہ بالکل سخت اور بے لچک چونے کی ٹلی کی طرح ہو جاتا ہے، جس میں خون کی نہایت قلیل مقدار بہ سکتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضواؤں میں خون کی کمی کے باعث نقص تغذیہ ہو جاتا ہے اور وہ عضو سرد پڑتا جاتا ہے۔ اس حالت میں بعض اوقات ذرا سی چوٹ لگنے سے خشر پیدا ہو جاتا ہے، اس کا آخری نتیجہ عموماً غانغرائہ ہے۔

شیخوخت ہوتا ہے +

(۲) فساد شیمی (استحالہ شیمی)۔ یہ بھی معمر اشخاص میں ہوتا ہے، اور بیشتر اورطی میں پایا جاتا ہے۔ جب یہ دماغ کی رگوں میں ہوتا ہے تو وہاں نزلت (جریان خون) کا خطرہ رہتا ہے +

(۳) فساد نشوی (استحالہ نشوی)۔ یہ عموماً جگر، گردوں، اور طحال کی شریانوں میں ہوتا ہے اور بیشتر ایسے مریضوں میں پایا جاتا ہے جنہیں تدریجاً کئے اثر سے عظام اور مفاصل مبتلائے مرض ہوں اور دیرینہ تھکاوٹ ہو +

لہ ڈی جن ریشن آن آرٹیریز + لہ کیل کے پس ڈی جن ریشن رساخت کا جو ذہن تبدیل ہو + لہ تھابرس + لہ سینائل گنگرین ڈیچا پے کا غانغرائہ + لہ فیٹی ڈی جن ریشن (چربی

میں تبدیل ہو جانا) + لہ فساد نشوی (نشاستہ میں تبدیل ہو جانا) + لہ لایڈ ڈی جن ریشن + لہ لیو برکیو لوسس + لہ سپورٹین +

انورسما

(رُاقم الدَّم)

”انورسما“ دیوار شریان کے غیر طبعی پھیلاؤ یا تقبلی کو کہتے ہیں جس میں تھال یا منجمد خون بھرا ہوا ہوتا ہے، اور جو شریان کے اندر کے خون خلع و اتصال رکھتا ہے۔ بالفاظ دیگر: انورسما ایک خونی دم (سوجن) جو باطن شریان سے متصل رہتا ہے، اور عروق کی دیواروں کے کم میں پھیلاؤ (تمد) سے پیدا ہوتا ہے۔

انورسما کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) حقیقی (یا مرضی) اور (۲) کاذب یا ضربی۔
 رِسماعی حقیقی، شریان کی دیواروں کے تمد در پھیل جانے سے پیدا ہے، جس کے وقوع سے پہلے دیوار شریان میں غیر طبعی یا مرضی تغیرات جہ سے فساد ترکیب (استحال) پایا جاتا ہے۔

رِسماعی کاذب یا ضربی، دیوار شریان میں جراحی یا چوٹ لگ جانے سے ہوتا ہے، مگر انورسما کی تقبلی کے بنانے میں خود شریان کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔ انورسما کاذب میں شریان کی دیواروں کے اندر قسم کے غیر طبعی تغیرات پہلے سے موجود نہیں ہوتے، جو اسے پھیلنے کی مائل کریں، بلکہ یہ پہلے سے طبعی حالت میں ہوتی ہیں۔ البتہ ضرب جراحی جہ سے یہ مجرد ہو جاتی ہیں۔ ضربی یا کاذب انورسما کے متعلق پہلے

انورسما + فاس انورسما + ڈراؤٹس

انورسما + انورسما + انورسما + انورسما +

آفات شریان کے بیان میں تذکرہ آچکا ہے *
حقیقی انورسا کے اسباب :- انورسا ہونے سے پہلے کوئی نہ کوئی
 مرض شریان میں موجود ہوتا ہے۔ مثلاً دمِ ہلای (روم اردہالی) جو اکثر پایا
 جاتا ہے۔ جب شریان کا درمیانی طبقہ ماؤف ہو کر کمزور ہو جاتا ہے تو وہ
 غیر معمولی طور پر پھیل جاتا ہے شریان کے جروح رضیہ یا دباؤ اور رگڑ
 یا زور پڑنے کے باعث درمیانی طبقہ پھٹ جاتا ہے، جس سے شریانی کی
 دیوار اور بھی کمزور ہو کر پھیل جاتی ہے۔ خون کے دباؤ (ضغطہ موسی) کی
 زیادتی، مثلاً یکا یک اور شدید زور و محنت سے انورسا کا خطرہ پسید
 ہو جاتا ہے *۔

انورسا کی ساخت :- ابتداءً انورسا کی پھیلی شریان کے ایک یا زائد
 طبقات سے بن جاتی ہے۔ لیکن جب بتدریج انورسا بڑھتا جاتا ہے، اسکی
 پھیلی محض تر ب و جوار کی ٹھوس خلوی ساخت کی ہو جاتی ہے۔ اور اسکے
 اندر کے بطن کا استر بلہ ہی غائب ہو جاتا ہے، اور پھیلی کے اندر بیضی
 پرت در پرت جمتی چلی جاتی ہے۔ کبھی کبھی ایسا بھی مشاہدہ میں آیا ہے کہ
 انورسا کی پھیلی کے اندر خون کا لوتھڑا کیے بعد دیگرے سرخ اور سفید طبقات
 کی شکل میں جا ہوا ہوتا ہے *۔ مرضی انورسا کی تین قسمیں بتائی گئی ہیں +

۱۔ **الف) انورسا مغزی** (محلہ نما) جس میں شریان کی دیوار اپنے
 پورے محیط میں یکساں طور پر پھیل جاتی ہے نہ کہ اسکی دیوار محض کسی

۱۔ دمِ ہلای - رضی روم +

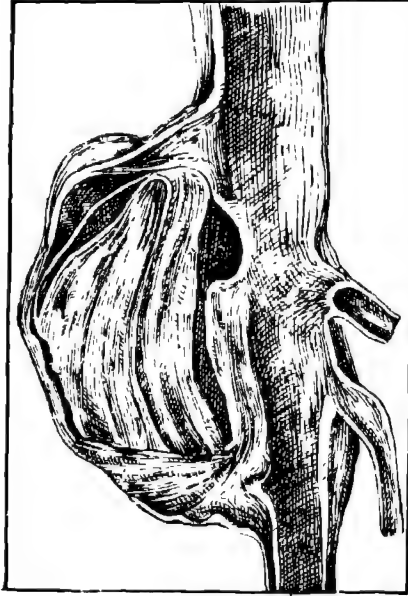
۲۔ جروح رضیہ - کن یوژن انڈاز +

۳۔ انورسا مغزی - فیو ذی فام انیوڈم +

۴۔ دمِ ہلای - رضی روم +

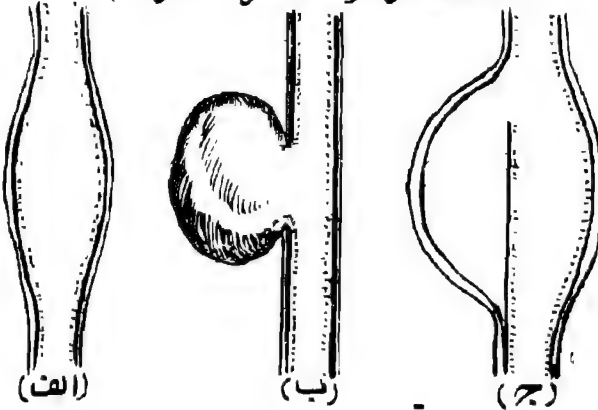
۵۔ جروح رضیہ - کن یوژن انڈاز +

۶۔ بلڈ پشمر



تصویر (۲۳)

انورسائے کیسی (تکلیس - تیلی نما)



تصویر (۲۴)

انورسائے مغزلی، کیسی، اور تشترجی کو خاکے

(ج) انورسائے تشترجی میں شریانی دیوار دو طبقہ میں منقسم ہو جاتی ہے + شریانی دیوار کی طبعی ساخت تیلی کے دہانہ کے پاس ہی سے گھٹ جاتی ہے +
 (ب) انورسائے کیسی میں شریانی دیوار دو طبقہ میں منقسم ہو جاتی ہے + شریانی دیوار کی طبعی ساخت تیلی کے دہانہ کے پاس ہی سے گھٹ جاتی ہے +
 (الف) انورسائے مغزلی میں دیوار دو طبقہ میں منقسم ہو جاتی ہے + شریانی دیوار کی طبعی ساخت تیلی کے دہانہ کے پاس ہی سے گھٹ جاتی ہے +
 ان تینوں خاکوں میں اندونی نقطہ دریا کی لکیر شریان کے بغیر نہ کوٹا ہر کرتی ہے + دریا کی سوائی لکیر طبقہ متوسط کو بتاتی ہے اور بیرونی لکیر بیرونی طبقہ کو +

ایک طرف پھیل جائے) +

(ب) انورسائے کیسی (دنگلیں، غیلی نما) جن میں شریان کی مدد دیوار صرت ایک مقام پر پھیل کر جو شریان سے باہر ایک تھیلی بنا دیتی ہے، جو ایک تنگ ماہ کے ذریعہ جو شریان سے تعلق رکھتی ہے +
(ج) انورسائے تشریحی - اس میں دیوار شریان کے طبقات کے درمیان خون داخل ہو کر طبقات کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتا ہے +

یہ قسم نہایت نادر ہے، اور بیشتر آڈرٹی میں پائی جاتی ہے
اور اسکی دیوار میں دور تک پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ زندگی کی حالت میں اسکا پتہ نہیں چلتا۔

انورسائی ایک تیسری اور چھٹی قسم بھی ہے جسے انورسائے شریانی وریڈی کہتے ہیں، جو تقریباً ہمیشہ جوت اور ضرب کے اثر سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں شریان اور متصلہ وریڈ کے درمیان تعلق (راستہ) قائم ہو جاتا ہے +

ایک محدود انورسائے کے اعراض و علامات :-

علامات ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسائے کے حجم اور جگہ وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا دم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور بڑھنے والا ہوتا ہے،

۱۔ انورسائے کیسی (دنگلیں) - سیکیو
۲۔ انورسائے کیسی (دنگلیں) - سیکیو

۳۔ علامت ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسائے کے حجم اور جگہ وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا دم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور بڑھنے والا ہوتا ہے،

۴۔ علامت ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسائے کے حجم اور جگہ وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا دم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور بڑھنے والا ہوتا ہے،

۵۔ علامت ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسائے کے حجم اور جگہ وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا دم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور بڑھنے والا ہوتا ہے،

۶۔ علامت ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسائے کے حجم اور جگہ وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا دم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور بڑھنے والا ہوتا ہے،

۷۔ علامت ذاتیہ (داخلیہ) یہ علامات انورسائے کے حجم اور جگہ وقوع کے لحاظ سے کم و بیش ہوتے ہیں۔ چنانچہ ایک پھیلنے والی سوجن یا دم جو حرکت قلب یا نبض کی تڑپ کے ساتھ متحرک اور بڑھنے والا ہوتا ہے،

شریان کے طول میں محسوس ہوتا ہے۔ عموماً اس میں شمع صدری سے
سننے پر ایک غیر طبعی آواز نفع آتی ہے۔ اگر شریان ماؤں کو انورسما کے
اد پر یعنی قلب کی طرف دبایا جائے تو انورسما کا حجم اور ادبھار کم ہو جاتا ہے
اور جب یہ دباؤ ہٹا لیا جاتا ہے تو نبض کی تین چار ضربوں کے بعد پھر اس کا
حجم بڑھ جاتا ہے۔ اگر انورسما سے نیچے کسی مقام پر شریان کو دیا دیا جائے تو
انورسما کی پتلی زیادہ سخت (تتی ہوئی) ہو جاتی ہے +

علامات خارجیہ :- یہ علامات انورسما کے بڑھے ہوئے حجم اور سیلان
فون میں مزاحمت واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں +

اگر انورسما گردن یا اطراف رہا تھ پاؤں میں ہو، تو انورسما سے
نیچے کی شریانوں کی نبض طرف مقابل کی شریانوں کی نبض کی نسبت زیادہ
کمزور محسوس ہوتی ہے، نیز اسکی تڑپ کچھ دیر کے بعد محسوس ہوتی ہے +

وریدوں میں دباؤ پڑنے سے اجتماع فون ہو جاتا ہے، علیٰ ہذا
اس سے گاہے اذیاد (دورم رغو) اور غانغرا بھی پیدا ہو جاتا ہے +

اعصاب پر دباؤ پڑنے سے درد معکوس بے جسی (خدر) یا استرخاء

پیدا ہو جاتا ہے +

انورسما کو بڑھنے میں جن جن سافٹوں سے مزاحمت پیش آتی ہے،
ان سب کو انورسما کھانے اور ضائع کرنے لگتا ہے۔ تہی کو کھا کر کھوکھلا

۱۔ اسٹےٹس کوب +

۲۔ بروٹ - نفع +

۳۔ علامات خارجیہ (اکسٹرنل سائنز) درد کا سبب موجود ہے، درد نہ ہو، بلکہ اس

وہ علامات جو مقام مرض سے خارج میں ہوں + درد درد ہو +

کر دیتا ہے، جو گائے خود بخود ٹوٹ جاتی ہے (کسر ذاتی)۔ گٹریوں (غضاريف) پر بھی اثر پڑتا ہے، مگر ہڈی کے نسبت کمتر۔ گائے انورسما اہم ساختوں، مثلاً ہوا اور غذا کی نالیوں (قصبہ ریہ اور مری) پر بھی دباؤ ڈالکر انہیں زخم پیدا کر دیتا ہے، حتیٰ کہ گائے اور انیس بھوٹ بھی نکلتا ہے گائے انورسما کی پھیلی باہر کی طرف بڑھ کر بالآخر جلد یا غشائے مخاطی کی سطح سے بھوٹ نکلتا ہے، چونکہ اس مرض میں قلب کو غیر معمولی طاقت سے کام کرنا پڑتا ہے، اس لئے وہ بڑا ہو جاتا ہے۔ (عظم القلب)۔

گائے سڈے (انورسما کی پھیلی کے خون کا بوتھڑا) ٹوٹ کر سیلان خون میں گردش کرنے لگتے ہیں، جو شفا ذاتی سے یا تو خود بخود ختم ہو جاتے ہیں، یا قریب و جوار کی رگوں میں غائرانا پیدا کر دیتے ہیں + گائے انورسما شریان کی دیوار پر دباؤ ڈال کر اسکو مسدود کر دیتا ہے۔ گائے دیوار میں عفونت پیدا ہو جاتی ہے، جو اتفاقاً علاج بن جاتی ہے، یعنی تیج کے اثر سے انورسما اچھا ہو جاتا ہے +

انورسما کے نتائج :-

(۱) شفا ذاتی۔ انورسما کا خود بخود اچھا ہو جانا (ایسا شاذ و نادر ہوتا ہے، جب ایسا ہوتا ہے تو اسکی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ کیسہ انورسما کے اندر لیفین تہ برتہ جکم بہت رتج پورے کیسہ کو مسدود کر دے۔ یہ محض چھوٹی شریانوں میں اسوقت ہوتا ہے جبکہ کیسہ اور شریان کا درمیانی راستہ بہت چھوٹا ہو۔ بیشتر تو شفا ذاتی اس وجہ سے واقع ہوتی ہے کہ کیسہ انورسما کا پھیلاؤ شریان کو اوپر یا نیچے کی طرف سے دبا دیتا ہے،

لہ کسر ذاتی = سپان ٹے نیس فر کچر + لہ تیج ارری ٹے شن +

حتیٰ کہ اوسکے اندر کا خون جم جاتا ہے۔ یہی بات اوسوقت بھی حاصل ہوتی ہے جبکہ منجہ خون (سدہ) اپنے دباؤ سے شریان کے نیچے کے حصہ کو مسدود کر دے۔ نہایت شاذ صورتوں میں یہ بھی ہوتا ہے کہ کیسہ انورسا میں پیپ پڑ جاتی ہے جو شفا رذاتی کا سبب بن جاتی ہے +

(۲) انورسائے منتشرہ اگر انورسا کو بلا تعرض چھوڑ دیا جائے تو اوسکی معمولی سرگزشت یہ ہوگی کہ وہ بتدریج بڑھ کر ساختوں کو کھاتا جائیگا (جذب و ہضم کرتا جائیگا)، حتیٰ کہ وہ کسی کھلی (آزاد) سطح پر یا جلد کے نیچے پھوٹ جائے گا۔ ایسی حالت میں (یعنی جبکہ وہ جلد کے نیچے پھوٹے) اوسکو انورسائے منتشرہ کہتے ہیں +

اندرونی انورسا کے پھٹنے میں عموماً نہایت شدید درد ہوتا ہے اور سوت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے +

بیرونی انورسا کا ہے یکا یک پھٹتا ہے اور گا ہے بتدریج، اگر بتدریج پھٹے تو اوسکا حجم اور درم آہستہ آہستہ بڑھتا جاتا ہے اور اوسکے حدود (محیط) غیر متنازع ہو جاتے ہیں، اوسکی تڑپ (ضربان) خفیف ہو جاتی ہے، اور اعصاب اور ریدوں کے دباؤ کی علامات بڑھتی جاتی ہیں، حتیٰ کہ بعض اوقات ان کے دباؤ سے غاغرانا پیدا ہو جاتا ہے مادہ اگر وہ یکا یک پھٹے تو تمام مادہ میں شدید درد ہوتا ہے، درم (سوجن) نہایت جلد بڑھ جاتا ہے، اور اوس میں تناؤ اور سختی زیادہ ہو جاتی ہے اور تڑپ جاتی رہتی ہے۔ متصلہ عروق کی شاخوں پر (دور آن جانبی کی رگوں پر) دباؤ پڑنے سے گا ہے غاغرانا ہو جاتا ہے، ایسی صورت

لے انورسائے منتشرہ ٹیفوئڈائوزم + لے درد ان جانبی کو لے ٹل سرکڑے شہن +

میں لگا ہے پیپ پڑ جاتی ہے، اور لگا ہے یہ باہر نکل کر پھٹ جاتا ہے +
 (۳) تَفْقِیْحُ رِیْبِیْبُ پڑ جانا، یہ نہایت خطرناک علامت ہے۔ یہ دورانِ علیت
 میں عددی جراثیمی کے اثر سے، یا انتشارِ انورسا کے بعد عددی ذائقے
 سے پیدا ہو جاتا ہے، چنانچہ انورسا کا درم بڑھ کر سُرخ اور گرم ہو جاتا ہے
 درد زیادہ ہو جاتا ہے، اور اذیماء ورمِ رخو، تہجُّج (تہج) پیدا ہو جاتا ہے۔ اب
 اگر اسکو چھڑانے کے لئے، اور اسی طرح چھوڑ دیا جائے تو یہ خود بخود سطح کی طرف
 سُٹھ کر کے پھوٹ جاتا ہے، خون اور پیپ خارج ہوتی ہے، پھر مریض
 یا اوس وقت مر جاتا ہے، یا بار بار خون کے جاری ہونے سے موت
 آتی ہے +

امتیازات تشخیصی (علامات فارقہ) جن سے انورسا کی تشخیص مندرجہ
 ذیل دیگر مشابہ حالات کی جاسکتی ہے۔

۱۔ رُسُولِی (سلعہ) یا خراجِ مُزمن، جو شریان سے متصل ہو اور اُس میں
 اس متصلہ شریان کی وجہ سے ضربانِ شریانی منتقل ہو کر آرہی ہو، ایسی
 صورت میں یہ دونوں انورسا سے مشابہ ہو جاتے ہیں۔ مگر ان صورتوں کو
 انورسا سے متمیز کرنے کے لئے علامات فارقہ یہ ہیں کہ انیس ضربان (تڑپ)
 کے ساتھ مقامِ درم پر رُسُولِی یا خراجِ پیرا انورسا کی طرح پھیلنا، سکڑنا
 اور کم و بیش ہونا محسوس نہیں ہوتا۔ علاوہ انیس رُسُولِی کو اگر شریان سے
 قدرے ہٹا لیا جائے کہ شریان کی ضربان نہ پہنچ سکے تو اسکی ضربان
 پھر ظاہر نہیں ہوتی، نیز اگر شریان کو متورم مقام (رُسُولِی یا خراج) سے اوپر

۱۰ سپرے شن +	۱۱ ٹیمر +
۱۲ آؤٹوان کشن	۱۳ کرائنک ابس +

دیا دیا جائے، تو رسولی یا خراج کا حجم کم نہیں ہوتا، جیسا کہ انور سما کی صورت میں ہوا کرتا ہے۔ مقام ماؤن سے نیچے کی نبض میں انور سما کی طرح تا تخفیف نہیں پائی جاتی +

۲۔ سلعہ کحمیہ نا لیضہ (جس میں ضربان موجود ہو) بادی النظر میں اسٹھھا جا سکتا ہے، لیکن اگر سلعہ کحمیہ شریان سے ہے تو ایسی صورت آسانی فرق کیا جا سکتا ہے۔ اس کی ساخت بھی انور سما کی طرح یکساں نہیں ہوتی ہے۔ شریان کے بالائی حصہ پر دباؤ ڈالنے سے سلعہ کحمیہ انور سما کی طرح کم نہیں ہوتا۔ اگر کم ہوتا ہے، تو محض خفیف طور پر، پھر کحمیہ متصلہ ساختوں کے اندر گھسا ہوا ہوتا ہے، جو انور سما کی صورت نہیں ہوتا +

۳۔ انور سما کے در کو اگر ابھی طرح غور سے نہ دیکھا جائے تو بادی النظر وجع المفاصل اور عصبی درد پٹھے کے درد سے مشابہ معلوم ہوتا۔ اسلئے ایسی حالت میں شریان کا بغور معائنہ کرنا چاہئے +

انور سما کا علاج :-

(۱) طبی علاج :- انور سما کا اصول علاج یہ ہے کہ ایسے حالات پہ لکے جائیں جن سے کمیہ انور سما کے اندر خون کے جمنے میں مدد ملے + دوران خون کی سرعت اور قوت میں تخفیف پیدا کرنے کے لئے مقدار میں اور خصوصاً سیال چیزوں کے استعمال میں کمی کر دینی، اسی طرح خود خون کی قابلیت انجماد کو بھی ادویہ و تدابیر سے بڑھا دینا (الف) ٹفنل کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو بہ سکون و آرام بہتر پر لے ٹنٹنس سے تھنڈ +

رکھا جائے (کھڑا نہ ہونے دیا جائے) اور چوبیس گھنٹے میں صرف دس اوقیہ (اونس) خشک غذا اور آٹھ اوقیہ سیالات دیے جائیں +

(ب) ادویہ کا استعمال۔ قلو یہ بنفش آمیر (آیو ڈائیڈ آف پوٹاشیم) پندرہ سے ساٹھ قحہ (دگرین) تک دن بھر میں تین بار دینا، اور کلیسہ فخر آمیز (کلورائیڈ آف کیلیم) پانچ سے دس قحہ (دگرین) کی مقدار میں دو بار دینا انجاء خون میں مدد دیتا ہے۔ ہلاین (جی لائین) کی تحت الجلد پچکار سی کا اثر یہ بیان کیا جاتا ہے کہ اس سے کیسہ انورسما کے اندر خون کے انجاء میں مدد ملتی ہے +

(۲) جراحی علاج۔ اگر اندرونی انورسما ہے تو اس میں دخل دینا خلاف مصلحت ہے۔ ہاں اگر وہ انورسما منتشر بن جائے، تو پھر مناسب دخل دینا ضروری ہے +

(۱) کیسہ انورسما کا استیصال کامل :- یہ صورت اگر ممکن ہو تو بہترین عملیت ہے۔ اسکی صورت یہ ہے کہ عضو ماؤن کو ادبچا اوٹھا کر خون سے خالی کر لیا جائے۔ پھر نشتر لگا کر کیسہ کو بخوبی کھول لیا جائے، اور مقام انورسما سے اوپر اور نیچے شریان میں گرہ لگا کر اور انورسما کو کاٹ کر بالکل خارج کر دیا جائے +

اگر کیسہ بہت بڑا ہو تو اسکو نشتر سے چیر کر اسکا خون خالی کر دینا چاہئے، اگر کیسہ انورسما سے کوئی ورید چپکے ملتصق ہو گئی ہو تو شریان ماؤن کے ساتھ اس ورید کو بھی کاٹ کر خارج کر دینا چاہئے۔ اس طرح ورید کو کاٹ دینے سے غانغرا نا پیدا ہونے کا چنداں خطرہ نہیں رہتا، کیونکہ انصاق ورید کے بعد جلد ہی عموماً متصلہ وریدی شاخوں کے ذریعہ

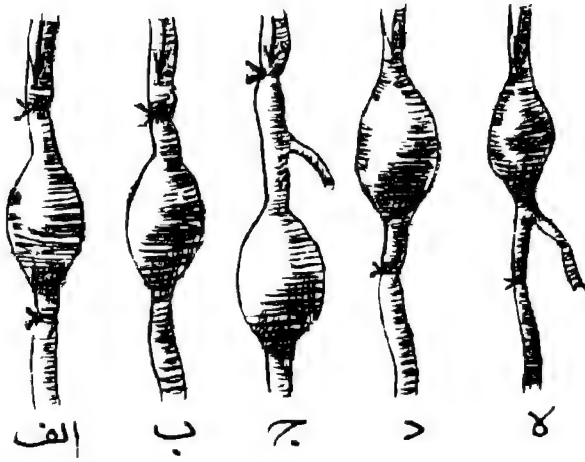
دوران خون (دوران جانی) قائم ہو جاتا ہے +
 (۲) عملیت مطاسل یا خیاطیٰ انور سماویہ باطنہ (انور سما کے
 اندر ٹانگہ لگانا) :- اس عملیت کی دو قسمیں ہیں :-

(الف) طریقہ تسدید (تسدید بند کرنا) :- یہ طریقہ صرف مغربی انور سما
 کے لئے قابل استعمال ہے۔ کیسہ انور سما کو شق کر کے اندر کا جامہ اوخون
 خارج کر دیا جاتا ہے۔ پھر کیسہ کے اندر جتنی رگیں داخل ہو رہی ہیں اون
 سب کے سوراخوں میں کیسہ کے اندر کی طرف سے ٹانگے باندھ دئے جاتے
 ہیں، اور پھر کیسہ کو خیاطیٰ مخفیہ (مخفیہ ٹانگوں) سے مسدود کر دیا جاتا ہے
 (ب) طریقہ ششانی، یہ کیسہ انور سما کے لئے مستعمل ہے۔ اس میں شریان
 کے جوف کو قائم رکھا جاتا ہے، اور صرف انور سما کے لمحہ کیسہ کو مسدود
 کر دیا جاتا ہے +

(۳) ربط شریانی (شریان میں گرہ باندھنا) اسکی چار قسمیں ہیں :-
 (الف) عملیت آئیل :- اس عملیت میں کیسہ کے بالکل قریب ہی
 شریان کو باندھ دیا جاتا ہے۔

(ب) عملیت منتظر :- اس میں شریان کو ایسے فاصلہ پر باندھ دیا جاتا ہے
 کہ شریان کی کم از کم ایک شاخ گرہ سے اوپر قائم رہ جاتی ہے۔ ایسی صورت
 میں ابتداءً کیسہ کے اندر بہت ہی تھوڑا سا خون جاتا ہے، اور پھر یہ

۱۔ مے ٹاس آپرےشن +	۵۔ سکیورائیڈ رزم +
۲۔ انڈوائیڈ رزم +	۶۔ بلیکچر آن آرڈری +
۳۔ فیوزی فارم اینڈ رزم	۷۔ اینلس آپریشن
۴۔ ریسٹوٹ ٹوے فنڈ	۸۔ ہنٹرس آپریشن



تصویر (۲۵)

انورسما کے باندھنے کے مختلف طریقے

- (الف) علیت انیلوس (این ٹیلس مے تھڈ)
 (ب) علیت اینل (اے ٹلس آپرے شن)
 (ج) علیت ہنٹر (ہنٹرین آپرے شن)
 (د) علیت ہلاس دور (ہلاسٹورس آپریشن)
 (هـ) علیت دارڈوپ (دارڈوپ آپریشن)

بتدریج منجمد ہو جاتا اور کیسہ یفین سے پُر ہو کر ٹکڑا جاتا ہے۔ یہ عملیت مندرجہ ذیل صورتوں میں نا جائز ہے۔

۱۔ جب کوئی اندرونی انورسا موجود ہو، یا جبکہ قلب میں کوئی شدید مرض ہو +

۲۔ جب متصلہ عروق کی شاخوں کے ذریعہ سے دوران خون اس قدر زیادتی کے ساتھ قائم ہو چکا ہو کہ کیسہ کو دبانے سے خون کا دوران زرو کا جاسکے +

۳۔ جب غانغرا نا کا خطرہ ہو یا غانغرا نا موجود ہو +

۴۔ جب عظام و مفاصل خطرناک صورت میں ماؤن ہوں +

۵۔ جب رگوں میں ٹکلس ہو +

(ج) عملیت بڑا سداور یا عملیت وارڈروپا۔ اس میں خود شریان ماؤن کو یا اس کی بڑی شاخوں کو طرف بعید (قلب سے دور) پر باندھا جاتا ہے۔ یہ عملیت گردن کی انورسامیں اُسوقت کی جاتی ہے جبکہ شریان اس قدر گہری اور ناقابل رسائی ہو کہ کیسہ انورسا کے طرن قریب پر قلب سے قریب اگرہ لگانا محال ہو۔

رابط شریانی کے مندرجہ بالا تینوں طریقوں میں اس بات کا امکان ہے کہ عملیت کے چند روز بعد کیسہ انورسامیں ضربانی حرکت دو بارہ پیدا ہو جائے اور پھر خود بخود غائب ہو جائے لگا ہے یہ ضربانی حرکت مستقل قائم رہ جاتی ہے اور عملیت ناکام ثابت ہوتی ہے۔ ایسی صورت میں لہ کیل سی نی کے شن + لہ براڈورس آپریشن + لہ وارڈروپس آپریشن + لہ ہسٹل انڈ + لہ پراکسی مل انڈ +

شریان کو دوبارہ باندھنے کی یا کیسہ کو قطع کر دینے کی ضرورت لاحق ہو جاتی ہے، بلکہ اگر غانغرا نا نمودار ہو جاتا ہے تو عضو کو کاٹ دینا (عمل بتر کرنا) پڑتا ہے۔

(د) انورسا کے کیسہ کو نشتر لگا کر چیر دینا اور پھر اس سے اوپر اور نیچے شریان میں گرہ باندھ دینا (عملیت انٹیلوس)۔ اس عمل میں انورسا کی تھیلی کا کٹائی استیصال رکاٹ کر خارج کرنا) کر دیا جاتا ہے۔ یہ زمانہ بحال کا مروجہ طریقہ ہے، اندھوں انورسا کی دستکاری میں عادتاً شریان کے ساتھ وریڈ کو بھی باندھ دیا جاتا ہے، جس سے غانغرا نا کے وقوع کا خدشہ کم ہو جاتا ہے۔

(۴) ضغط (شریان کو دبانا) دباؤ کی دو قسمیں ہیں۔ ضغط ثابت (ضغط دائم) یا ضغط متقطع (ضغط ناب) ، پہلی صورت میں دباؤ مسلسل قائم رہتا ہے، اور دوسری صورت میں رگ رگ دباؤ ڈالا جاتا ہے، پھر دباؤ گاہے انگلی سے دیا جاتا ہے (ضغط اصبغی) اور گاہے کسی آلہ سے (ضغط آلی)۔ دباؤ کا طریقہ چونکہ زیادہ سودمند ثابت نہیں ہوا، اس لئے اب تقریباً سترک الاستعمال ہے۔ شاذ و نادر جب کیا جاتا ہے، تو اسکی صورت یہ ہوتی ہے کہ جب ممکن ہوتا ہے، تو شریان کے طرف قریب پروا دیکیسے انورسا سے کچھ فاصلہ پر چوبیس سے چھتیس گھنٹے تک مسلسل یا رگ رگ کر دباؤ ڈالا جاتا ہے۔ اس طریقہ کے خلاف مندرجہ ذیل امور ہیں:-

(۱) رگ پر قرار واقعی دباؤ ڈانا مشکل ہے۔ (۲) دبائے سے

۵۳ کئی نواس پر شر +

۵۴ انٹری ٹنٹ پر شر +

۵۵ ان ٹی ٹوس آپریشن +

۵۶ کپرسشن - ضغط +

آورد پیدا ہو جاتا ہے، (۳) دباؤ کے مقام پر شریان میں آفت
نے کا احتمال ہے +

(۴) وخنز برقی یا وخنز قلوانی (سوئی چھو کر بجلی پہنچانا) کیسہ کے
موٹی چھو کر اس میں برقی رد و دوڑانا یہ طریقہ ناقابل اطمینان و
سب ہے +

(۵) خارجی اشیاء کا ادخال۔ کیسہ انورسما کے اندر خارجی اشیاء
وغیرہ کا داخل کرنا۔ شکم کے انورسما کے اندر ایک چھوٹی نلکی (انٹرو
خانہ) کے ذریعہ نہایت باریک ٹولا دکا تار داخل کر دیتے ہیں اور
اس تار سے برقی رد بھی پہنچاتے ہیں۔ بعض مریضوں میں اس
سے کم و بیش کامیابی حاصل ہوئی ہے؛ اسی مقصد کے لئے ڈاکٹر
سکا ایک خاص آلہ نہایت کامیاب ثابت ہوا ہے +

(۶) وخنز ابری یا غز ابری بہ طریقہ ٹیکٹون۔ اس طریقہ علاج
مایت باریک باریک سوئیاں کیسہ انورسما کے اندر چھو کر کچھ عرصہ
دباؤ چھوڑ دی جاتی ہیں۔ ضربان رنبضان کے ساتھ جب کیسہ
اسکڑتا ہے تو سوئیاں کیسہ کی پچھلی دیوار کو رگڑتی ہیں اور اس
ریش و التهاب پیدا ہو کر دیوار موٹی اور دبیز ہوتی جاتی ہے۔ جس سے
انورسما کی تسلی مسدود ہو جاتی ہے۔

قطع عضو یا تبر عضو۔ انورسما کے علاج کے لئے عضو کو کاٹنے

ل ویز پنکچر وخنز برقی۔ تحلیل برقی۔ اسلہ کرٹ اپرےٹس +

کھربائی + اسلہ اکو پنکچر بانی سیکونس مے تمڈ +

میولا۔ نہاں نامہ + اسلہ امپوٹیشن جیٹرو +

کی ضرورت ذیل کی صورتوں میں لاحق ہو سکتی ہے +

(الف) جب غانغرا نا پیدا ہو گیا ہو +

(ب) جب مفاصل کھل گئے ہوں یا ہڈیاں اس قدر ٹٹری گئی ہوں

کہ عضو بیکار ہو چکا ہو +

(ج) جب انورسما تحت الترقوۃ^۱ ہوتا ہے، تو بعض مریضوں میں

یہ عمل اس واسطے مناسب ہوتا ہے کہ عمل بتر کے بعد کیسہ انورسما کے اندر

بہنے والے خون کی مقدار کم ہو جاتی ہے +

انورسما سے منتشرہ کا علاج :- اگر خون ساتوں میں بتدریج

ٹپک رہا ہے جسکی علامت یہ ہے کہ اسکا حجم بتدریج بڑھے گا، تو شریان

میں گرہ باندھ کر عضو کو بے حرکت (سکون سے) اور بلند رکھا جائے۔ اگر

اس سے فائدہ نہ تو علاج اسی طریقہ پر کرنا چاہئے جیسا کہ انورسما کے

بیکامک پھٹنے پر کیا جاتا ہے۔ یعنی عضو کو بلند کر کے اور رباط عناصر^۲ لگا کر

خون سے خالی کیا جائے، اور کیسہ کو بخوبی کھول کر شریان کو اوپر اور نیچے

سے باندھ دیا جائے علاوہ ازیں کیسہ کے اندر رگوں کی جتنی شاخیں آ رہی ہیں

اونپر بھی گرہ لگانی چاہئے۔

اگر علامات سے معلوم ہو کہ غانغرا نا پیدا ہو رہا ہے، یا اگر نرگز^۳

نفاذی واقع ہو جائے تو عضو کو قطع کرنے کا عمل کیا جائے +

النبیانی انورسما کا علاج - شریان پر گرہ لگا کر عضو کو بلند اور حرکت

کوتاہا^۴ ہے، اور اس پر پوتہ رکھ کر سروی پہونچانی چاہئے، اگر یہ بے کار

۱۔ سکنڈری ہیپورج +

۲۔ سب کلینس اینڈ رزم +

۳۔ انفلیٹڈ اینڈ رزم +

۴۔ ڈیفیونڈ اینڈ رزم +

ثابت ہو اور التهاب کے علامات قائم رہیں تو علاج انورسما متشرہ کے اصول پر کرنا چاہئے، اگر عفونت پیدا ہو گئی ہے تو کیسے میں خرقہ (دسام) بھر دیا جائے۔ اگر غانغرا ناپیدا ہو رہا ہو، یا نزلت ثانوی پیدا ہو جائے تو بتر کیا جائے +

مُفردات انورسما

انورسما مخصوصہ (مخصوص مقامات کے انورسما)

اورٹی صدری کا انورسما:- اس انورسما کا پورا بیان جراحی کی کسی کتاب میں نہیں کیا جاسکتا، بلکہ اس کا تعلق بہت حد تک طبی کتاب سے ہے۔ اس کا ظہور یا اس طرح ہوتا ہے کہ ایک تڑپنے والی سوجن (روٹم نابض) نمودار ہوتی ہے، یا اس طرح کہ اسکے دباؤ کے اثر سے چند علامات رونما ہو جاتی ہیں۔ اسکے علامات اورٹی صدری کے مختلف اجزاء کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں +

قوس اورٹی کے جزو صاعد کا انورسما عموماً زیادہ بڑا نہیں ہوا کرتا اور خصوصاً جبکہ یہ غلاف القلب کے اندر واقع ہو۔ بسا اوقات انورسما کی پھیلی دباؤ کے علامات کے رونما ہونے سے پہلے پھٹ جایا کرتی ہے۔ قوس اورٹی کے آڑے حصے (جزو مستعرض) کا انورسما گاہے

۳۷ سیدیکل بک +

۳۸ پیٹنگ سوئے ٹنگ +

۳۹ اسپیشل اینورزم +

۴۰ تھوریک اسے آرٹا +

۴۱ سرجیکل بک +

حفرۃ قنر (قنر) میں ظاہر ہوتا ہے؛ اور بعض اوقات عظم القص کو کھا کر
 (کھا کر) اسکے نیچے میں ادھر آتا ہے، یا نیچے کی طرف اکل ہو کر مری اور قصبہ
 ریہ پر دباؤ ڈالتا، اور عسر النفس (سانس کی دشواری) اور عسر البلع (بلعنے
 کی دشواری) پیدا کر دیتا ہے۔ عسر تنفس کے پیدا ہونے کی وجہ بعض اوقات
 یہ بھی ہو سکتی ہے کہ انورسا کا دباؤ عصب خجری راج پر پڑتا ہے، جس سے
 خجہ کے عضلات متعجزہ مفلوج ہو جاتے ہیں۔ تنگی تنفس کے علاوہ
 گائے آواز بیٹھ جاتی ہے (بحجۃ الصوت) اور خشک کھانسی آتی ہے؛
 گائے کھانسی کی آواز بہت تیز اور سخت ہو جاتی ہے، جس کو اصطلاحاً
 زین قلبی (روحیات کی کھٹکنا ہٹ) کہا جاتا ہے، اور ایسی کھانسی کو
 سعال قلبی۔ ایک نہایت متنازع چیز ہے، گائے خجہ یا قصبہ سے
 سخت اور تیز آواز سیٹی کے مانند آتی ہے، جسکو بشریہ خجری یا قصبی
 کہا جاتا ہے۔ نیز قلب کی تڑپ کے ساتھ قصبہ ریہ بھی نیچے کی طرف کھینچتا
 ہو کر جذب قصبی معلوم ہوتا ہے۔ ان علامات کے علاوہ وسائل تشخیص
 میں سے شعاع انجن سے عکسی تصویر لینا بھی ہے۔

قوس اور طی کے جزو نازل اور اور طی صدری کا انورسا گائے
 نیچے کی طرف رخ کرتا ہے، اور پیلیوں کو کھا کر (کھا کر) باہر کی طرف دڑھ

۱۔ ٹالک کت رہا سی کف +

۲۔ یرخیل اٹرا میڈر +

۳۔ ٹکیل اٹرا میڈر +

۴۔ ٹکیل ٹانگ +

۵۔ کس ریز +

۱۔ ایسٹرل ناچ +

۲۔ اسپینا +

۳۔ اینجیا +

۴۔ کرکٹ یرخیل ترو +

۵۔ اڈر کٹر سٹز +

سے بائیں جانب دیم البلق کی شکل میں نمودار ہو جاتا ہے۔ گناہ مری پر دباؤ ڈالکر سخت سسٹرا بلع (عسرا لاند دراد) پیدا کر دیتا ہے، جس سے مریض سمجھتا ہے کہ اسکی مری میں تنگی (ضیق) آگئی ہے۔ اسلئے عسرا لاند دراد کے حالات میں جب تک یہ ثابت نہ ہو جائے کہ انور سما نہیں ہے، مری کے اندر مری کا چکدار (مخمس) (سلائی) برگز داخل کرنے کی کوشش کریں! انور سما کی مکمل تشخیص عکس شعاعی سے ہو سکتی ہے۔ پسیلوں اور معدوں کے تمام نکل دگل جانے کی وجہ سے درد شدید نمودار ہوتا ہے، اور گناہ نچاعی علامات ظاہر ہوتی ہیں۔

علاج | اس مملک مرض میں کسی قسم کی دستکاری جائز نہیں ہے، البتہ عوارض کا علاج کر سکتے ہیں، اس مرض میں گناہ ہے دوزخ برفی (دوخ قلوانی) کا طریقہ استعمال کیا جاتا ہے، لیکن خاطر خواہ نفع ظاہر نہیں ہوتا۔ گناہ سوئیاں داخل کی جاتی ہیں (دوخ زبیدی)، اور گناہ ہلا میں (جیلا طین) توس اور طی کے جز، صاعد کے انور سما میں گناہے دائیں شریان سبباتی اور دائیں شریان تحت الترقوہ اور گناہے سبباتی باندھنی ہراندونی طور پر قلو یہ نفش آمیز (ایوڈائیڈ آف پوٹاسیم) استعمال کرتے ہیں اور مقام ماؤنٹ پر برف کے پھیلے لگاتے ہیں، مریض کو آرام سے رکھتے ہیں، اچھی غذا دیتے ہیں۔

سلا کو پیکچر +

سلا بوی +

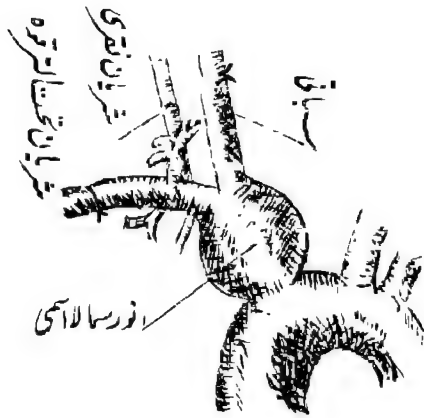
سلا ریڈیو گرافی +

سلا گائونو پیکچر +

انور شمائے شریان لاسمی

شریان لاسمی کے انور سائیں توس اور طی کے انور سائے کی طرح
 خطرناک اور مختلف علامتیں پائی جاتی ہیں۔ یہ انور سائے تقریباً ہمیشہ توس
 اور طی کے انور سائے کے ساتھ ہوا کرتا ہے۔ اسکی شکل عموماً انوبولی یا مغزلی
 ہوتی ہے۔ اسکی سوجن (درم نابض) دائیں طرف عظم الفص اور تر تروہ
 کے جوڑ (مفصل قصبی تر قوی) کے پیچھے یعنی مفصل قصبہ علیہ کے دونوں
 سروں کے درمیان ظاہر ہوتی ہے۔ گاہے اندر کی طرف حفرہ نحر (تروہ)
 میں آیا باہر کی طرف شلت تحت التروہ میں نمودار ہوتی ہے۔ گاہے
 اسکے دباؤ سے تر تروہ سامنے کی طرف آجاتا ہے۔ دائیں شریان صدغی
 اور شریان زندگی اعلیٰ (شریان انبض) کی نبض ضعیف اور باریک ہوتی
 ہے، بلکہ گاہے بالکل معدوم ہوتی ہے، نیز دوسری جانب کی نسبت
 شریان ویر میں رتاخیر کے ساتھ ظاہر ہوتی ہے۔ دائیں ورید لاسمی
 پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے دائیں بازو اور دائیں طرف سر اور گردن میں
 نرم (تنبلی) (اوزمیا) پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے بائیں ورید لاسمی اور راجون
 صاعد پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے یہی حالت بائیں طرف بھی پیدا ہو جاتی
 ہے۔ گردن اور بازو کے عضبی باؤں پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے بازو اور
 گردن میں درد پیدا ہوتا ہے۔ دائیں جانب کے اعصاب شریکیہ پر
 دباؤ پڑنے کی وجہ سے چہرہ کے دائیں طرف پسینہ آتا رہتا ہے، اور
 دائیں آنکھ کی پتلی پھیل جاتی ہے۔ قصبہ ریه (ہوار کی نالی) پر دباؤ

لے ان نامی ہٹ اینورزم



تصویر (۲۶)

انورسالا آسمی کا باندھنا

پٹنے کی وجہ سے یا اعصاب پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے عسر تنفس کی شکایت بہت زیادہ ہو جاتی ہے، یہاں تک کہ دم گھٹنے کی ذہبت پہنچ جاتی ہے، گا ہے اسکے ساتھ کھانسی کی بھی شکایت ہوتی ہے، آواز بیٹھ جاتی ہے، یا بالکل بند ہو جاتی ہے، مری پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے مریض کسی چیز کو نگلنے پر قادر نہیں ہوتا، یہ انورسما د و طور پر مہلک ہوتا ہے یا اختناق زد دم گھٹنے کی صورت واقع ہوتی ہے، یا اسکی تھیلی پھٹ جاتی ہے۔
علاج۔ شریان تحت الترقوہ کے تیسرے حصے اور شریان سباتی اصلی کو بیک وقت باندھ دیں۔ اس سے بعض مریضوں میں کچھ فوائد حاصل ہوئے ہیں۔ لیکن اگر ان دونوں شریانوں کے باندھنے میں کچھ دفعہ مثلاً ایک ہفتہ کا وقفہ ایک دوسرے کے بعد دیدیا جائے، تو دوران جانی اس عرصہ میں اتنا زیادہ ہو جاتا ہے، کہ علاج میں ناکامی یقینی ہے۔ مغزی انورسما میں دستکاری بے سود ہے۔ باقی علاج دواؤں کے ذریعے کریں، قلو یہ نبفس آمیز روٹاش آیوڈائڈ، کھلائس، مریض کو راحت سے رکھیں۔

سباتی اصلی (سباتی مشترک) کا انورسما

یہ انورسما عموماً اس شریان کے بالائی حصے میں، مقام انقسام پر (جہاں یہ دو آخری شاخوں میں منقسم ہوتی ہے) ہوا کرتا ہے۔ اور زیادہ تر دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ مردوں کی نسبت عورتوں میں یہ زیادہ ملتا ہے۔ انورسما کے معمولی علامات سے اسکی تشخیص آسانی سے

لے کا سن کر اٹھ +

ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر انورسا اس شریان کے زیرین حصے میں گردن کی ہڈی کے پاس پیدا ہو تو شریان لاسی: درقوس اور طلی کے انورسا سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں تشخیص دشوار ہو جاتی ہے۔ چنانچہ اس تشخیص و تمیز کے لئے سینے کے بالائی حصے کو ٹھونک کر (قرع) اور کلاماع ہستہ نکا کر (استماع) دیکھا جاتا ہے، اور اسکے ساتھ ہی احوال مرض کی سرگزشت پر غور کیا جاتا ہے، اور درمنا بعض تھکے حدود کو انگلیوں سے ٹپٹولا جاتا ہے یہ سب چیزیں ملکر تشخیص کو عموماً مکمل کر دیتی ہیں، علاوہ انہیں دباؤ کے اثرات کو بھی غور سے دیکھنا چاہئے۔ چنانچہ بائیں عصب کھجری راجع پر دباؤ اور طلی کے انورسا کی وجہ سے ہوا کرتا ہے؛ اور دائیں عصب مذکور پر دائیں طرف کی رگوں کے انورسا کی وجہ سے، قلب کی ہر تڑپ کے ساتھ قصبہ اریہ کا نیچے کی طرف کھینچنا (جذب قصبی) - انجذاب قصبہ) بھی اس بات پر دلالت کرتا ہے کہ انورسا اور طلی کے اندر ہے۔ محض ودا ج (باطن غائر) یا محض وید تحت الترقوہ کا دہنا اس طرف اشارہ کرتا ہے کہ انورسا شریان سباتی کے اندر ہے، یا شریان تحت الترقوہ میں۔ ضربان نبض کے اختلاف سے بھی انورسا کی تشخیص اور تعیین محل میں مدد ملتی ہے؛ چنانچہ اگر محض شریان صدغی کی نبض میں اختلاف پیدا ہو جائے، تو سمجھنا چاہئے کہ انورسا شریان سباتی اصلی میں ہے؛ اور

۱۔ پرکشن +	۲۔ ٹپے کیل ٹنگ +
۳۔ اس کل ٹپے شن +	۴۔ انٹزل جو گور دین +
۵۔ بل سے ٹنگ سوئے ٹنگ	۶۔ سب کے دین دین
۷۔ ریکرنٹ ایرجیل نرو +	۸۔ سب کل دین آرٹری + ۹۔ ٹپل آرٹری +

اگر شریان صدغی کے ساتھ شریان النبض کی تڑپ میں بھی اختلاف ظاہر ہو تو اس سے یہ سمجھنا چاہئے کہ انورسما شریان لاٹھی میں ہے۔ اگر محض شریان النبض میں اختلاف ہو تو سمجھنا چاہئے کہ انورسما شریان تحت الترقوہ میں ہے۔ کبھی شریان کی ضربان دُنبضان میں کمزوری اس وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے کہ ان کے تنوں پر فیصلی کا دباؤ پڑتا ہے (ان کے اندر انورسما نہیں ہوتا) +

بڑھی ہوئی گلیاں (غدد متورمہ)، رسوبیاں (سلعات) اور بھڑکے، جو شریان سبائی پر واقع ہوں، اور جن میں اس شریان کی ضربان پہنچ رہی ہو، انورسما سے مشابہت پیدا کر لیتے ہیں۔ لیکن اگر ان کا غور سے معائنہ کیا جائے، تو تشخیص آسانی سے ہو جاتی ہے +

رَقِیدٌ حَلَقُوْمِیہ (گھینگھا) میں گائے ضربانی (دنبضانی) حرکت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے یہ انورسما سے مشابہ ہو جاتا ہے، لیکن اس کی تشخیص یہ ہے کہ نکلنے کے وقت گھینگھا قصبہ کے ساتھ اوپر تلے ہوتا رہتا ہے +

گائے شریان سبائی کے آخری حصے میں پیچ و خم اور بل پیدا ہو جاتے ہیں، جس سے انورسما کا دھوکا ہوتا ہے۔ اس کی تشخیص اس طرح کی جاتی ہے کہ یہ حالت انورسما کے برعکس دونوں طرف یکساں طور پر نمودار ہوتی ہے +

سلہ ریڈیل آرٹری +

سلہ ان نامی نیٹ آرٹری +

سلہ کائٹری +

علاج :- ربط قریب (قریب کا بند) لگایا جائے، یعنی شریان کے پاس قلب کی طرف (طرف قلبی - طرف قریب) باندھا جائے، اگر انور سماگردن کی جڑ (جنبر گردن) میں گمراہ واقع ہو، تو اس وقت بعد لگانا چاہئے، یعنی شریان پر انور سما کے پاس باہر کی طرف راُ سرے پر جو قلب سے دور ہے (بند لگانا چاہئے) +

سبباتی ظاہر کا انور سما

یہ نشانہ نادر پیدا ہوا کرتا ہے، ہاں عام طور سبباتی اصلی بالائی حصے کا انور سما بڑھتا ہوا سبباتی ظاہر تک چلا جاتا ہے۔ جو یہ پایا جاتا ہے، تو ناک اسفل کے زاویہ کی محاذ میں اور اس کے قریب غصہ روت درقی سے اوپر ایک ترسپنے والی سوجن (ورم نابض) نمود ہوتی ہے، جو عصب تحت اللسان پر دباؤ ڈالتی ہے، اس دباؤ اثر سے نصعت زبان مغلوب ہو جاتی ہے، آواز کم ہو جاتی ہے، نگلہ شور ہو جاتا ہے۔

علامہ ابن سینا بہترین علاج یہ ہے کہ انور سما کی تھیلی سے اوپر اور نیچے ر قریب و ربط بعید (شریان کو باندھا جائے، اور انور سما کی تھیلی کو کاٹ لے ربط قریب (پراکسیل لیگیچر) وہ بند جو انور سما کی تھیلی اور قلب کے درمیان ہو، یعنی تھیلی کے سرے پر ہو، بر قلب سے قریب ہے، اور جو بند انور سما کی تھیلی کے دوسرے سرے (طرف بعید) پر لگایا جاتا ہے، اسے ربط بعید (ڈاؤٹ لیگیچر) کہا جاتا ہے +

۱۔ ربط بعید - ڈاؤٹ لیگیچر +

۲۔ اسٹرنل کرٹ +

۳۔ باہر کا اسٹرنل نرو +

علیحدہ کر لیا جائے۔ لیکن اگر یہ کسی وجہ سے غیر ممکن ہو تو شریان سباتی ظاہر کو، اور جہاں تک مل سکیں، اسکی شاخوں کو باندھ دیا جائے +

شریان سباتی غائر سباتی باطن اکا انورسا

جزء غلتی :- جب سباتی غائر کے گردن والے حصے میں یعنی جو کھوپڑی سے باہر واقع ہے، انورسا پیدا ہوتا ہے، تو اس کی علامتیں سباتی اصلی کے انورسا سے جبکہ یہ آخری حصے میں مقام انقسام کے قریب ہوتا ہے، مشابہ ہوتی ہیں، یا اسکی علامتیں سباتی ظاہر کے انورسا سے ملتی جلتی ہوتی ہیں؛ فرق صرف اس قدر ہوتا ہے کہ اسکی پتیلی کی بلندی زاویہ فک کے قریب ہونے کی بجائے حلق سے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ یعنی اسکی بلندی حلق کے اندر ظاہر ہوتی ہے +

علاج :- شریان سباتی اصلی کو باندھا جائے +

انورسا داخل القحف (کھوپڑی) کا اندر کا انورسا

شریان فقری کی شاخوں کے مقابلہ میں زیادہ تر سباتی غائر اور اسکی شاخوں میں نمودار ہوتا ہے، اور انورسا عموماً مغزنی شکل کا ہوتا ہے۔ اس کے حقیقی اسباب تو نامعلوم ہیں، لیکن عادتاً اسکو ضربہ و سقطہ (چوٹ) کی طرف منسوب کیا جاتا ہے، بعض لوگ کہتے ہیں کہ یہ مرض بچوں میں کسی شریان کے اندر عنونی سروں کے رگ جانے سے

لے انٹرل کرائڈ آرٹری +

لے انٹرل کرائڈ آرٹری +

لے انٹرل کرائڈ آرٹری +

پیدا ہوتا ہے۔ گناہے انورسا کا حجم بہت بڑا ہو جاتا ہے، حالانکہ اسکے عوارض ناپید ہوتے ہیں، حتیٰ کہ تھیلی کے پھٹنے سے ایک سخت ہلک قسم کے سکتہ کا حملہ ہو جاتا ہے۔ جب اعراض شروع ہوتے ہیں، تو وہ زیادہ تر دماغ کے بننے کی وجہ سے ہوتے ہیں، نہ کہ متصل پٹیوں کے نکلنے سے۔ گناہے ایسا ہوتا ہے کہ مریض زیادہ یا بالکلہ درد کی شکایت کرتا ہے، جو دائمی اور پائدار ہوتا ہے۔ یا کھوپڑی کے اندر مریض نبضان (ضربان) محسوس کرتا ہے، یا یہ کہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ کھوپڑی کی چوٹی بھی کھلتی ہے، کبھی بند ہوتی ہے۔ گناہے مینائی خراب ہو جاتی ہے، قوت سامہ بیماری ہو جاتی ہے، اور ساری دماغی قوتیں ضعیف ہو جاتی ہیں، مگر آنکھ کے اندر تغیرات طبعیہ، مثلاً استباب و ضمور (لاغری) ظاہر نہیں ہوتے، تاوقتیکہ براہ راست اجزاء چشم پر، باؤنڈ پڑے۔ گناہے مساع الصد سے سننے پر اونچی طنین سنائی دیتی ہے۔

علاج: اگر تشخیص میسر ہو جائے، تو اسکا صرف ایک علاج ہے، وہ یہ کہ شریان سبائی باطن کو باز نہ دیا جائے، اگرچہ یہ بھی اس وقت زیادہ بار آور نہیں ہوا کرتا، جبکہ شریان قاعدی متبلا ہوتی ہے +

انورسا اندرون چشم خانہ (داخلہ الحجر)

یہ چشم خانہ کے اندر درم نائیش کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، جس کے دباؤ کے اثر سے کوہ چشم (دُغْلہ) باہر کی طرف ادھر آتا ہے (محفوظ)؛ رفتہ رفتہ

لہ فزیکل جینیز + لہ لائوڈ بروٹ + لہ ہنریلر آڈٹری +
لہ انٹرا ریٹیل (آر میٹل) + لہ اکس آف خلساس +

بینائی میں فتور آنے لگتا ہے، اور قرنیہ متورم (ملتب) ہو جاتی ہے؛ کیونکہ اس مرض میں آنکھ کھلی رہتی ہے، اور پوٹے کمرہ چشم کو زیادہ عرصہ تک ڈھانک نہیں سکتے، اسکا عام سبب کوئی جراحت و خزیہ دچھید کرنے والا زخم، یا سر کی کوئی ضرب (چوٹ) ہوتی ہے، جس سے قاعدہ تجھ میں کسر واقع ہو گیا ہو، جیسا کہ انورسما کے علاوہ آنکھ کے اندر اور بہت سی حالتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جو انورسما سے مشابہت پیدا کر لیتی ہیں؛ مثلاً انورسما بذریعہ تو اصل (نظم) جس میں شریان اور ورید کا اتصال پیدائی ہوتا ہے، اور مثلاً دالیہ انورسما ویہ، جس میں شریان سبائی غائر اور ورید کھنٹی (رجیب کمفی) کا اتصال ہو جاتا ہے +

اس کے علاوہ آنکھ کے اندر گاہے سلعہ بحیہ نابینہ بھی پیدا ہو جاتا ہے، اسکی تشخیص آنکھ کے انورسما سے اسوقت تک دشوار ہوتی ہے، جب تک عملیت سے کھول کر سلعہ یا انورسما کو آنکھ سے نہ دیکھ لیا جائے، ہاں سلعہ بحیہ میں بینائی جلد خراب نہیں ہوتی، اور کمرہ چشم میں بد ذنبی (التواء رخمی) زیادہ ہوتی ہے +

علاج :- پہلے برقی قوت پہنچا کر دیکھا جائے، اگر اس سے فائدہ نہ ہو تو شریان سبائی اصلی کو باندھ دیا جائے +

شریان تحت الترقوہ کا انورسما

یہ زیادہ تر مردوں میں عموماً دائیں طرف، شریان کے تیسرے حصے

لے پیٹے ٹرے تنگ اونڈ + سلعہ انورزم بائی اناسٹوموس + سلعہ انورزل ویکس +

سکے کیورس سانس + سلعہ پل سے تنگ ساکوما + سلعہ سب کلیون آرٹری +

میں ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ شلت تحت الترقوۃ میں ٹرپنے والی سوجن (دورم) نابض (نودار) ہوتی ہے، جو نیچے کی طرف بغل تک بڑھتی ہے۔ اس کی تنفیرۃ عضدیہ اور ہاتھ کی دریدوں پر دباؤ پڑتا ہے، جس سے ہاتھ میں درد اور دورم تہجی (اوڈینا) پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے عصب حجابی کے بیجان کے باعث حجاب راجز میں تشنج ہونے لگتا ہے، جس سے فواق کی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ گاہے یہ سوجن غشاء الصدر اور پیچھے کی چوٹی تک پہنچتی ہے۔

تشخیص :- اسکی تشخیص بالکل آسان ہے۔ لیکن ابتدائی درجات میں گاہے یہ اس طبعی شریان سے مشتبہ ہو جاتا ہے، جسے پہلی پسلی کی رسولی (دورم) نے، یا گردن کی بڑھی ہوئی پسلی (جو گاہے زائد پیدا ہو جاتی ہے) نے سامنے کی طرف ڈھکیل دیا ہو۔

علاج :- اسکا علاج دشوار ہے، اور اب تک خاطرخواہ نتائج حاصل نہیں ہوئے ہیں۔ اگر انورس محدود ہو تو بہترین علاج استیکٹال (کاٹ کر نکال ڈالنا) ہے۔ اسکے طرف قریب پر بند لگانے کی عموماً ضرورت ہوا کرتی ہے، اور چونکہ اس شریان کے پہلے حصے میں باندھنے کے لئے کافی جگہ اکثر نہیں ہوا کرتی ہے، اس لئے شریان لاسمی کو باندھنا چاہئے۔ اور اسکے ساتھ شریان سبائی اصلی اور شریان فقری کو لازمی طور پر باندھ دینا چاہئے۔ کیونکہ اگر اسے باندھا نہ گیا، تو دوران جانبی کے ذریعہ خون اسقدر

۱۵۔ سب کلیون ٹریگل +

۱۵۔ اکسٹریشن +

۱۵۔ پیکل پکس +

۱۵۔ کوپٹل سرکولیشن +

۱۵۔ ایڈس +



تصویر (۲۹)

شریان سبائی اور شریان تحت الترقوہ کے بازو کے
 کے لئے کہاں کہاں تنگات دیے جاتے ہیں +

ہر دلوٹ کر آئیں گا کہ شریانِ لاسمی کو باندھنے کا فائدہ مفقود ہو جائیگا
رہبط بعید بھی مفید ہو سکتا ہے، مگر اُس وقت جبکہ اُس کے ساتھ ہی ہاتھ
کا ہتر کر دیا جائے، جن حالات میں عملیات جراحیہ نامناسب ہوں، وخر
برقی کا طریقہ استعمال کیا جائے، یا قیلی کے اندر سوئیاں (رہط لیتسٹر
ماکونین) داخل کی جائیں +

شریانِ اہلی کا انورسما

یہ عموماً منہ زنی ہو کر رہتا ہے، یعنی چوٹ لگنے سے پیدا ہوتا ہے،
چنانچہ اگر گر پڑنے کی وجہ سے ترقوہ یا شانہ ٹوٹ جائے، یا شانہ کا جزرہ کھڑ
جائے، یا اسکے بٹھانے کی کوشش کی جائے، ان سب حالات میں انورسما
کے پیدا ہونے کا امکان ہے، انورسما کے عام علامات چونکہ نمایاں ہوتے
ہیں، اسلئے تشخیص میں کوئی دشواری نہیں ہوتی، چنانچہ مقام مرض پر
دورم نابض ہوتا ہے، دباؤ کی وجہ سے مقامی درد، عصبی درد، اور ہاتھ
میں اودیا ہوتا ہے، جب شریان کا بالائی حصہ مبتلا ہوتا ہے، تو دورم
نابض ٹھیک ترقوہ کے نیچے پایا جاتا ہے، اور جب اسکا زیرین حصہ ماب
ہوتا ہے، تو یہ بغل میں ملتا ہے +

علاج :- اگر اس شریان کے تیسرے حصے میں انورسما پیدا ہو تو شریان
تحت الترقوہ کے دوسرے یا تیسرے حصے کو باندھ دیا جائے +

شریانِ اہلی کا وہ حصہ جو بغل سے نیچے واقع ہے (جبکہ شریان
عصدی وغیرہ کہا جاتا ہے) اس میں گاہے ضرب کی وجہ سے انورسما پیدا

ہو جاتا ہے۔ جسکا علاج استیصال رکاکٹ فارم کر دینا ہے +

انورسما کے لطنی

شکم کے اندر انورسما شریان اعظم (اورٹلی) یا اسکی شاخوں میں
ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ ایک پھیلنے اور تڑپنے والی سوجن (ورم نابض) شکم
کے اندر پائی جاتی ہے، جو وضع بدلنے پر اپنے خواص اور اپنی جگہ
تبدیل نہیں کرتی، دباؤ کے اثرات درد، احتقان دموی (امٹلاء)، اور
ورم تپتی ہیں +

اگر کوئی نئی پیہ اور دروسولی (شریان اعظم کے سامنے واقع ہوا
تو بہت ممکن ہے کہ شریان اعظم کی ضربانی حرکت سے اس میں بھی ضربانی
حرکت (نبض کاذب) ظاہر ہو رہی ہو۔ اسکی تشخیص کے لئے مریض کو
وضع کھڑی رکھی پر لٹایا جائے، تاکہ اورٹلی سے احتشاء کا بوجھ ہٹ جائے
ایسی وضع میں روسولی کی جھوٹی تڑپ جاتی رہتی ہے، برعکس اس کے اگر
انورسما ہوگا تو اسکی تڑپ ہر وضع میں قائم رہے گی +

علاج :- اکثر مریضوں میں و خزا بڑی روسولی داخل کرنا سے بطریقہ
ماکون علاج کیا گیا ہے، اور کامیابی ہوئی ہے۔ اسی طرح شکم چاک کر کے
وہے کا تاریکی میں پہنچایا گیا اور تحلیل ترقی ۸۳ دقیقہ تک استعمال
کی گئی، تو بھی ناکدہ حاصل ہوا ہے۔ شرانین پر دباؤ ڈال کر بھی علاج کیا
جاتا تھا، مگر یہ طریقہ علاج ردی ہے، اس لئے کہ اس سے شکم کے احتشاء

لے اڈا سٹل اینورزم +

۱۵۰ اکوینکچر +

۱۵۰ جینوکیڈول پوزیشن گھٹنے اور سیکڑ کو بل لٹانا ۱۵۰ اکٹرو لائی سس +

کچل جاتے ہیں +

انورسائے حرقیہ

یہ انورسائریان حرقی اصلی یا شریان حرقی ظاہریں ہوا کرتا ہے۔ یہ عموماً کیسی شکل کا ہوتا ہے۔ اس کے اعراض وہی عام اور معمولی ہوتے ہیں۔ یہ بدیر یا جلد انورسائش کی صورت اختیار کرتا ہے۔ پہلے درجات (ادوار اولی) میں اسکی تشخیص دشوار نہیں ہوتی ہے۔ لیکن اس کے بعد گاہے اسکی تشخیص سلعہ بھتہ نابض سے مشکل ہو جاتی ہے، علی الخصوص اس وقت جبکہ سلعہ مذکورہ حفرہ حرقیہ میں ہو +

علاج :- اگر ممکن ہو تو شریان حرقی ظاہر کو انورسائے اوپر اطراف متلبی طرف قریب پر (باندھ دیا جائے، ورنہ پردہ صفاق اور شکم کو چاک کر کے شریان حرقی اصلی کو باندھا جائے +

شریان آوی اور شریان ور کی کا انورسائے

یہ عموماً ضرب کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ورم نابض کی شکل میں سرین کے اندر پایا جاتا ہے۔ شریان آوی کا انورسائے ور کیہ کے بالائی حصے میں زیادہ دور گہرائی کے اندر ہوتا ہے۔ جبکہ کچھ حصہ گاہے جوف عائد (حوض) کے

۱۵ ایک اینورزم +	۱۵ ہر کسی مل اینڈ +
۱۶ ڈی نیوز اینورزم +	۱۶ گلیوٹیل آرٹری +
۱۷ پیسٹنگ سارکوما +	۱۷ شیاٹک آرٹری
۱۸ ایک فاسا	۱۸ شیاٹک نورمین +

داخل رہتا ہے۔ عصب ورکی کے دباؤ سے عضو کے اندر درد پیدا ہوتا ہے، علی الخصوص شریان ورکی کے انورسا میں اسکی تشخیص آسان نہیں ہے، علی الخصوص سلعہ کحیہ نابضہ سے امتیاز دینا مشکل ہے +
 علاج: تشخیص کے مکمل ہونے پر شکم اور صفاق کو چاک کر کے شریان کو باندھ دیا جائے (دربعد داخل صفاق) +

شریان فخذی کا انورسا

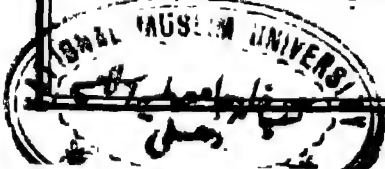
اسکو انورسٹما فخذیہ کہا جاتا ہے۔ یہ زیادہ تر شریان فخذی سطحی میں ہوا کرتا ہے، اور آسانی سے سُختن کیا جاسکتا ہے۔ یہ عموماً انوبی ہوتا ہے اور تقریباً ہمیشہ مردوں میں پایا جاتا ہے +

اسکا علاج بھی آسان ہے، یعنی استیصال رکاٹ کر خارج کر دینا، یا دباؤ رکچ ران کے مقام میں، یا شریان کو باندھنا +

شریان مابضی کا انورسا

اسکو انورسٹمائے مابضیہ کہا جاتا ہے۔ یہ بہت عام ہے، اور تقریباً ہمیشہ مردوں ہی میں پایا جاتا ہے، اسکی وجہ سے ورم مابض (سلعہ نابضہ) مابض کے مقام میں رگٹنے کے پیچھے نظر ہوتا ہے، جو گٹنے کی حرکت

۱۔ انڈیبری ٹوئیل لیگچر +	۲۔ پاپلی ٹیل آرٹری +
۳۔ فیورل آرٹری +	۴۔ پاپلی ٹیل اینڈرزم +
۵۔ فیورل اینڈرزم +	۶۔ پل سے ٹنگ ٹورمز +
۷۔ سوپر فٹیل فیورل آرٹری +	



میں نمل پیدا کر دیتا ہے۔ دباؤ کی وجہ سے اعصاب کی رفتار کے مطابق ٹانگیں درو ہوتا ہے۔ یہ انورسٹا گاہے سانس کی جانب بڑھنے لگتا، اور گھٹنے کے جوڑ کو کھانے لگتا ہے، اور گاہے پیچھے کی طرف بڑھ کر منتشر ہو جاتا ہے (یعنی جلد کے نیچے پھیل جاتا ہے) جب یہ منتشر ہو جاتا ہے، تو غائرانا کے پیدا ہونے کا احتمال غالب ہوتا ہے۔ اسکی تشخیص مندرجہ ذیل امراض سے کی جاتی ہے :- مابض کی بڑھی ہوئی گلیٹوں سے، اس مقام کے پھوڑے سے، اسلیمہ نالی سے، اور بڑھی ہوئی مفصلی تھیلیوں سے (اکیاس نہ لائیمہ جو گاہے بڑھ جایا کرتی ہیں)۔

علاج :- دباؤ ڈالا جائے، جو اکثر حالات میں مفید پڑتا ہے، یا شریان کو باندھا جائے۔ اس مقام میں استیصال (کالکریٹیکالڈینا) کا عمل مشکل ہے۔ لیکن اسکے بعد جو بہترین علاج ہے، وہ یہ ہے کہ شریان ابھنی کو اس کے بالائی حصے سے پاس باندھ دیا جائے۔ اگر یہ ممکن ہو تو شریان فخذی کو مثلث اربی کے زاویہ کے پاس یا مجرا کے مقربہ (عصنہ مقربہ کی نالی) کے اندر باندھا جائے۔ جس سے ابھی کا سیابی ہوتی ہے +

رگوں کو باندھنا (ربط عروق)

شریانوں کے باندھنے کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ خون کا سیلان قلب سے

مقربہ غولیلہ، مقربہ کبیرہ اور تسعہ وحشیہ

لہ انوار جڈ بہ سنی

کے درمیان ایک انکونی فضا ہے +

لہ انگوٹھ ٹریگل (اسکار پاؤ ٹریگل)

لہ لیگیچر آف ہمیلٹن

لہ ہنٹرس کینال (کیناس ایڈکٹوئس)

عیط کی طرف (جزء بعید اجزاء اندری) بند ہو جائے۔ یہ لگا ہے نرف کو روکنے کے لئے کیا جاتا ہے، لگا ہے انور سما کے علاج کے لئے، لگا ہے کسی رسولی کی افزائش و نمو کے روکنے کے لئے، لگا ہے کسی عضو کی غذا کو کم کرنے کے لئے، یہی سب بعض اوقات اسکی ضرورت ہوا کرتی ہے، اور لگا ہے ابتدائی ضرورت کے طور پر کسی غروقی عضو مثلاً زبان کے استیصال پر تہ پہلہ +

انور سما کے لئے اگر شریان کو باندھنے کی ضرورت پڑے، تو اس میں تین باتوں کا لحاظ کرنا ضروری ہے :-

۱۔ شریان کو کس مقام پر باندھا جائے ؟

۲۔ گمرہ کس طرح لگائی جائے ؟

۳۔ بند کس چیز کا ہو ؟

۱۔ شریان کو کس مقام پر باندھا جائے ؟

جان اسکان ہو، بہترین مقام شریانی بندش کے لئے اس کا طرف قریب (طرف قلبی) ہے، جو انور سما کی قبیلی اور قلب کے درمیان ہوتا ہے +

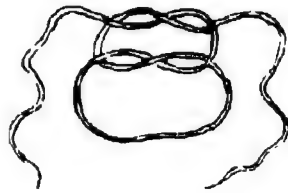
۲۔ گمرہ کس طرح لگائی جائے ؟

اس سوال کی اہمیت خصوصیت کے ساتھ بڑی شریانوں میں (مثلاً شریان لاسی میں) زیادہ ہے۔ چنانچہ بڑی شریانوں کے باندھتے وقت گمرہ کس طرف اس قدر کسا جاتا ہے کہ شریان کا اندرونی طبقہ اکٹھا ہو کر لپکتا ہے۔ اگر زیادہ زور سے کسا جائیگا، تو اندرونی اور درمیانی طبقات کٹ جائیں گے، اور بیرونی طبقہ خون کے دباؤ کو برداشت نہ کر سکیگا

ایسی بڑی شریانوں کو باندھنے کے لئے ایک خاص قسم کی گرہ لگائی جاتی ہے، جسکو عَقْدَةُ الْخُجَزِ کہتے ہیں۔ اس ترکیب میں دو بند پہلو بہ پہلو شریان کے گرد پیٹے جاتے ہیں، اور دونوں میں علیحدہ علیحدہ آدھی گرہ لگائی جاتی ہے، پھر دونوں طرف کے دونوں سروں کو پکڑ کر اور اکٹھا کر کے ایک گرہ میں باندھ دیا جاتا ہے، جس سے اوپر کی گرہ دونوں ڈوروں کی ایک ہو جاتی ہے، اور نیچے کی گرہ الگ الگ رہتی ہے۔ مگر چھوٹی اور معمولی حجم کی شریانوں میں عقدہ افقیہ (مربعہ) لگانا کافی ہے۔

عقدہ افقیہ (عقدہ مربعہ، نوتیہ، اور عقدہ الملائین) ایک دوہری گرہ ہے، جس میں دوسری گرہ کے آزاد سرے اُسی طریقے پر چلتے ہیں، جس پر پہلی گرہ کے سرے چلتے ہیں + اس گرہ میں دونوں طرف کے دونوں سرے ایک ہی پھندے کے اندر ہوتے ہیں +

عَقْدَةُ الْخُجَزِ



۱۔ اسٹے ناٹ = عقدہ الخبز رجبز = بستن دست دپائے شتر بالغین - صراح +

۲۔ رلیٹ ناٹ +

۳۔ بند کس چیز کا ہو؟

۲۵۔ شریانوں کے بند کے لئے زیادہ تر ریشم کا ڈورہ، دو تر رانٹ، اور کنگرو کا وتر استعمال کیا جاتا ہے۔ ان ڈوریوں کا عفونت سے پاک ہونا ضروری ہے، ورنہ کامیابی مشتبہ ہو جائے گی، بہتر یہ ہے کہ عقدۃ الحجہ کی طرح گڑھیں دوہری لگائی جائیں، تاکہ پھسلنے اور طبقات شریان کے کٹ جانے کا اندیشہ جاتا رہے +

شراین کے باندھنے کے خطرات

ربط شراین کے عمل میں دو خطرات ہوتے ہیں :-

(الف) نزف ثانی، جو اسکا سبب ہمیشہ یہ ہوتا ہے کہ زخم میں عدوا عفونی لاحق ہو جاتا ہے +

(ب) غانغرا نا، جسکا سبب یہ ہوتا ہے کہ دو لہان جابجی قائم نہیں ہوتا طریقہ عمل :- جس مقام پر شریان کو باندھنا ہو وہاں شریان کو کھولنے کے لئے ایک شگاف لگایا جائے۔ پھر شریانی غلاف کو ایک قیرط (ایک لہنج) چیر کر شریان کو غلاف سے ابراہ انور شادیہ کے ذریعہ علیحدہ کر دیا جائے، تاکہ سوئی شریان کے گرد گزر جائے، اور سوئی کے اندر سوائے شریان کے اور کوئی چیز نہ ہو۔ اسی احتیاط کے لئے بہتر یہ ہے کہ سوئی اس طرف سے

۱۔ سپ ٹمک انفکشن +

۲۔ کو لیٹرل سرکولیشن +

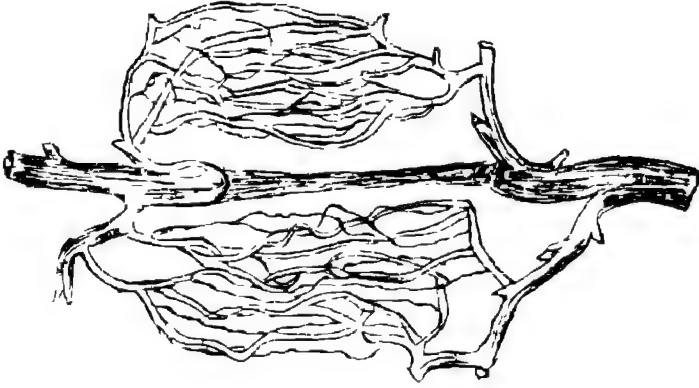
۳۔ اینورزم پینٹل +

۱۔ وترہ وترالہر - کیٹ گٹ +

۲۔ کنگرو و لنڈنٹ +

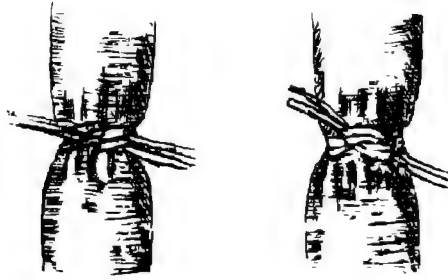
۳۔ اسٹے ناٹ +

۴۔ کنکٹوری ہیپو رچ +



تصویر (۲۷)

شریان نخذی کے باندھنے کے تین ماہ بعد دوران جانہی کس طرح
جاری ہو گیا ہے +



تصویر (۲۸)

عقدۃ الجوز (اسے ناٹ)

داخل کریں، جدہرا ہم ساختیں ہوں۔ سوئی کے ناکے میں ایک یا دو ڈورا پر دکر سوئی کو کھینچ لیا جائے۔ اس طرح ڈورے کے حلقہ میں شریان آجاتی ہے۔ اگر کسی عضو کی بڑی شریان باندھی گئی ہو تو اس عضو کو مطرر پاک کر کے صاف و مطرر روئی میں لپیٹ دیا جائے۔ اور عضو کو بلند رکھا جائے اگر غانغرا ناپیدا ہونے کا خطرہ ہو تو عفونت کے عوارض کو اچھی طرح روکا جائے +

رابط شریانی کے بعد کم سے کم تین روز تک مریض کو راحت و آرام سے رکھا جائے، تاکہ اس عرصہ میں شریان پورے طور پر بند ہو جائے، اور ساختیں سخت ہو جائیں، علی الخصوص جبکہ شریان بڑی ہو اور مریض بڑھا ہو +

مخصوص شریان کا باندھنا

شریان لاسمی کا باندھنا :- عضلہ قصیہ علیہ کے اندرونی کنارے کے زیرین ثلث کی لمبائی میں ایک شکاف لگائیں، جو نیچے کی طرف بڑھ کر حفرۂ نخر (غیر) کے بالائی کنارہ کو عبور کرے۔ پھر عضلہ جلدیہ اور لفافۂ سطیہ وغائرہ کو کاٹا جائے۔ ضرورت کے وقت و دائج مقدم کو دو بندشوں کے درمیان سے کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر عضلہ قصیہ علیہ کو

۱۵ سوپرفیشیل فیٹیا +	۱۵ لاسمی نیٹ آرٹری +
۱۶ ڈیپ فیٹیا +	۱۶ اسٹرنوماسٹاسل +
۱۷ اینٹریز جوگلو دین +	۱۷ ایسٹرنل نانج +
۱۸ اسٹرنوماسٹاسل +	۱۸ پلاسٹا +

باہر کی طرف ہٹایا جائے، اور اس کے اندر ونی وتری ریشوں کو کاٹا جائے۔ نیز عضلہ قصیہ لامیہ اور قصیہ درقیہ کو نقص کے پاس کاٹ کر اندر کی طرف کھینچ لیا جائے۔ اب سبائی کا غلاف نمودار ہوگا، اسکے زیرین حصے کو چیر دیا جائے، اور سبائی کو کھول کر باندھ دیا جائے۔ اسی کے نشان پر نیچے کی طرف شریان لا اسی لے گی، گاہے سہولت عمل کے لئے قص کا ایک ٹکڑا، اور ترقوہ کے اندر ونی سرے کا ایک ٹکڑا کاٹ دیا جاتا ہے۔ دائیں و داہج باطن اور دائیں و رید لا اسی شریان کے بیرونی جانب پڑی ہوئی ملے گی، جو گاہے شریان کے اوپر آ جاتی ہے دڈا تک لیتی ہے) بشرطیکہ وریڈ متلی ہو، ایسی حالت میں وریڈ کو مبعداآت سے ہٹانا ضروری ہوگا۔ اسی حالت میں گاہے منفیرہ ورقیہ سفلی نیچے کی طرف اوترتا ہوا، اور بائیں وریڈ لا اسی (جو شریان کو عبور کرتی ہے) کی طرف جاتا ہوا ملتا ہے۔ ان وریڈوں کے دائیں طرف اوپر بھیجے عصب نوٹی معدی اور غشاء الریہ کی تھیلی ملتی ہے۔ ان وریڈوں کو شریان سے احتیاط کے ساتھ ہٹایا جائے، اور سوئی باہر سے اندر کی طرف، اور نیچے سے اوپر کی طرف گزاری جائے۔ گاہے اس مقصد کے لئے ابرہہ انورسٹاوی منحنی مضاعفہ را نورسما کی دوسری خندار سوئی کی ضرورت

۱۵ اسٹرنو بائی آئڈ +	۱۵ ریڈیکٹرز +
۱۵ اسٹرنو تھائرائڈ +	۱۵ انفیرر تھائرائڈ پلکس +
۱۵ اسٹرنم +	۱۵ وگیس نر +
۱۵ کلاویکل +	۱۵ پلیورا +
۱۵ انٹرئل جگر وین +	۱۵ ڈبل کر وڈائیو رزم نیڈل

ہوتی ہے۔ اس شریان کو باندھنے کے لئے چوڑا جیوانی بٹنڈ (رباط) استعمال کیا جائے، اور اندرونی و درمیانی طبقہ کو کاٹنا جائے +

دو ورہ جانبیہ اس شریان کے باندھنے کے بعد دو ورہ جانبیہ کھوپڑی کے اندر شریان سبائی، شریان فقری کے ذریعہ قائم ہو جاتا ہے، جو دائرہ شریانہ میں ملتی ہیں +

گردن میں :- دونوں طرف کی سبائی ظاہری اُن شاخوں کے ذریعہ جو خط وسطانی میں ہوتی ہیں +

دھڑیس (سینہ اور شکم میں) :- اور طی کی پہلی شریان تین الاصلع شریان تحت الترقوہ کی بالائی شریان بین الاصلع کے ساتھ ملکر؛ اور طی کی شریان بین الاصلع شریان ابطی کی سینہ والی شاخوں (ذروع صدریہ) سے ملکر، اور شریان ندئی باطن کی شریان بین الاصلع سے ملکر؛ اسی طرح شریان شریانی باطن (غائر) اور شریان حجابی شریان ندئی باطن کی آخری شاخوں کے ساتھ مل کر،

شریان سبائی گاہے اُس مقام سے اوپر باندھی جاتی ہے

۱۵ سوپیرینٹریکاسٹل آرٹری +	۱۵ لیگیچر +
۱۶ ایکزٹری آرٹری +	۱۶ کوئٹل سرکولیشن
۱۷ انٹریل میری آرٹری +	۱۷ کراڈ آرٹری +
۱۸ ڈیپ اپی گیسٹریک آرٹری +	۱۸ وریٹل آرٹری +
۱۹ فرینک آرٹری +	۱۹ سرکل آف ویس +
	۲۰ انٹریکاسٹل +
	۲۱ سب کلیوین آرٹری +

جہاں عضلہ کتفیہ لامیہ کا اگلا بطن اس شریان کو عبور کرتا ہے، اور گاہے اس سے نیچے، اس شریان کی رفتار اس خط کے مقابل ہوتی ہے، جو مفصل قصبی تر قوی سے زائدہ حلیہ اور ناک اسفل کے زاویہ کے درمیانی نقطہ تک کھینچا جائے۔ اس شریان کی انتہا، جہاں یہ آخری دو شاخوں میں ختم ہو جاتی ہے، غضروف درقی کے بالائی کنارے کے برابر ہوتی ہے۔

عضلہ کتفیہ لامیہ کے اوپر باندھنا :- اس مقام پر شریان زیادہ سطحی ہے، اسلئے یہاں باندھنا آسان اور بہتر ہے۔ یہ بند غضروف حلقی کی محاذات میں لگایا جاتا ہے۔ مرہض کو چٹ لٹائیں، اس کے کندھے کے نیچے مکیہ دیکر ادخا کریں، ٹھوڑی بلند کریں، سر کو نیچے کی طرف ہٹا کر کسی قدر دوسری جانب پھیر دیں، اب شریانی خط پر ایک شکاف تین قیراط لمبا دیں، جس کا وسطی حصہ غضروف حلقی کے محاذی ہو، اور جلد، عضلہ جلدیہ، اور لفافہ کاٹے جائیں۔ عضلہ قصبیہ حلیہ کا اگلا کنارہ نایاں کیا جائے، لفافہ غائرہ کو اس کے اندرونی کنارے کے طول میں چیر کر سجد کے ذریعہ ایک طرف ہٹا دیا جائے۔ اس وقت گاہے شریان درقی اعلیٰ کی شاخ قصبی حلیہ کٹ جایا کرتی ہے، اور اسے باندھنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ اور گاہے اس وقت اس ورید کو بھی باندھنا پڑتا ہے جو ورید النجمہ اور ویدج ظاہر کو ملاتی ہے۔ پھر زخم کے اندرونی کنارے میں

۱۔ سوہانی آنڈرسل +	۵۔ کرکچا آنڈرسلج +
۲۔ اسٹرنوکلویکیولر جائنٹ +	۶۔ ریٹرکیٹر +
۳۔ سٹائڈ پراس +	۷۔ سوپریور قاعراڈ آڈٹری +
۴۔ قاعراڈ کارٹیلج +	۸۔ میٹیل وین + ۹۔ آکسٹریل جوگولر وین

عضلہ کتفیہ لامیہ کو تلاش کریں، جو عضلہ قصبہ حلیہ کے نیچے سامنے اور اوپر کی طرف جاتا ہے۔ چنانچہ اُس زاویہ کے اندر، جو ان دونوں عضلات کے ملنے سے بنتا ہے، شریان کی تڑپ ملا کرتی ہے، اور اسکا غلاف نظر آتا ہے۔ جبکہ اوپر عصب غنقی نازل ہوا کرتا ہے۔ اسکے بعد شریانی غلاف کو اندر کی طرف سے کھولا جائے، اور شریان نمایاں کی جائے اور سوئی باہر سے اندر کی طرف سے گزاری جائے۔ جب شریانی غلاف کو اچھی طرح کھول لیا جاتا ہے، تو عصب راجع (عصب رموی مدی) کے بندھ جانے کا کوئی خطرہ نہیں رہتا۔

عضلہ کتفیہ لامیہ کے نیچے باندھنا۔۔ یہاں بھی مذکور طریقہ کے مطابق یعنی اُسی قسم کا شگاف دیا جاتا ہے، لیکن ذرا نیچے، جو تقریباً غصروف حلقی سے مفصل قصبی تر قوی تک بڑھتا ہے۔ اسکے بعد عضلہ قصبہ حلیہ کو باہر کی طرف ہٹایا جاتا ہے۔ گا ہے اندرونی جانب کے ریشوں کو کاٹنے کی اور عضلہ قصبہ لامیہ اور قصبہ ورقیہ کو اندر کی طرف کھینچنے یا کاٹنے کی ضرورت پڑ جاتی ہے۔ پھر عضلہ کتفیہ لامیہ کو اوپر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے۔ اب شریانی غلاف نمودار ہوگا، جبکہ اندرونی جانب رانسی جانب اسے کھولا جائے، اور سوئی اُسی طرح داخل کی جائے، جس طرح مذکورہ بالا طریقہ میں داخل کی جاتی ہے۔ یہ بھی معلوم ہونا چاہیے کہ دونوں طرف کی ویدائج باطن جب نیچے اور تری ہیں تو سامنے کی طرف

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| ۱۵۔ اسٹرنو بائی آکٹوسل + | ۱۶۔ اسٹرنو کلبوی کیو لرجائٹ۔ |
| ۱۷۔ اسٹرنو ٹھائراکٹوسل + | ۱۸۔ اسٹرنو کلبوی کیو لرجائٹ۔ |
| ۱۹۔ اسٹرنو ٹھائراکٹوسل + | ۲۰۔ اسٹرنو کلبوی کیو لرجائٹ۔ |

متوجہ ہوتی ہیں۔ اسلئے ممکن ہے کہ بائیں وریڈ شریان کے سامنے ہو گئے
زیرین ادرتہ ورتیہ بھی نظر آتی ہیں، جنکو ہٹانے یا باندھنے کی
ضرورت پڑتی ہے ۔

سباتی کے باندھنے کے بعد اکثر اوقات تقریباً ۲۵ فیصدی
مالات میں) دماغی عوارض پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً غصہ،
(بیہوشی)، اور لبن دماغ کی وجہ سے فالج نصفی، وغیرہ +

جو لوگ لبن دماغ (سیجہ کانرم ہو جانا) میں مبتلا ہوتے ہیں
ان میں نصف دباہر نہیں ہوتے، گناہے ربط سباتی کے چند

گھنٹے کے بعد پیچھے میں سخت اجتماع خون ہو جاتا ہے +

دورہ جانمیہ، کھوپڑی کے اندر: دورہ شریانیہ کے ذریعہ
کھوپڑی سے باہر: مندرجہ ذیل تو اصلات (تفہات)
کے ذریعہ :-

دونوں طرف کی سباتی ظاہر اور شریانی فقری کی شاخیں
خط وسطانی میں باہم ملتی ہیں؛ شریانی ورتی اعلیٰ کی شاخیں ورتی
اسفل سے ملتی ہیں؛ شریانی غرق غائر کی شاخیں شریانی قحہ وری کی شاخ

۱۔ انفریور ہائڈ وینز +	۲۔ وریبل آرٹری +
۳۔ سنکروپی +	۴۔ سوپریور ہائڈ آرٹری +
۵۔ ہیپیلیا +	۶۔ انفریور ہائڈ آرٹری +
۷۔ سافٹنگ آغوی برین +	۸۔ پروفنڈا اسرویکل آرٹری +
۹۔ سرکل آف ویس +	۱۰۔ آکسی پٹیل آرٹری +
۱۱۔ اناسٹوموسیز +	

عقنی عظیم ہے؛ شریان عقنی سطحی کی شاخیں شریان متحدہ می اور شریان
فقری کی شاخوں سے +

سباتی غائر کا باندھنا: عضلہ تصبیہ حلیہ کے اندرونی
کنارے کے طول میں ایک شگاف بنایا جائے، جس کا مرکزی حصہ عظم
لاٹھی کے بڑے قرن کے مقابل ہو۔ پھر عضلہ مذکور کو پیچھے کی طرف اور
عضلہ ذات البطنین کے اگلے بطن کو اوپر کی طرف کھینچا جائے۔ پھر سباتی
ظاہر کو سامنے کی طرف ہٹایا جائے، جس سے سباتی غائر کا غلاف
نمودار ہو جائیگا؛ اسے کھول دیا جائے، اور سوئی و داج کی طرف سے
داخل کی جائے +

دورہ جانبیہ، دماغ کے اندر دائرہ شریانیہ کی وجہ سے قائم
ہو جاتا ہے +

سباتی ظاہر کا باندھنا: شریان درتی اعلیٰ اور شریان
سباتی کے درمیان اسکے باندھنے کا بہترین مقام ہے۔ عضلہ تصبیہ حلیہ
کے اندرونی کنارے کے طول میں تین قیروط لباشگاف دیا جائے،
جس کا مرکزی حصہ عظم لامی کے بڑے قرن کے محاذی ہو پھر عضلہ مذکور
کے کنارے کو تلاش کر کے پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے؛ بالائی حصے میں
عضلہ ذات البطنین کا پھیلا بطن نظر آئیگا، اور ٹھیک اسکے نیچے عصب

۱۵ ہائی گیشرک سل +	۱۵ پرنسپس سروائی سس +
۱۶ سوپریر ہتھرائڈ آرٹری +	۱۶ سوپرینشیل سروائیکل آرٹری
۱۷ ننگوآل آرٹری +	۱۷ ہائی آرٹریون +
۱۸ ہائیڈوگلاسل نرو +	۱۸ گریٹ کارنو +

تحت اللسان لیگا۔ پھر غلاف کو ٹھیک عظم لامی کے بڑے قرن کے نیچے کھولا جائے، اور سوئی باہر سے اندر کی طرف گزاری جائے گا۔ یہ عمل گھٹیوں یا وریدوں کے درمیان انفخ کی وجہ سے دشوار ہو جاتا ہے۔
دورہ جانبیہ :- دیکھو سبائی اصلی کا باندھنا "دکھو پڑی

سے باہر +

شریان لسانی کا باندھنا :- گاہے یہ شریان اپنے مبدأ کے قریب (جہاں پر یہ سبائی ظاہر سے نکلتی ہے) باندھی جاتی ہے، اور گاہے مثلث تحت الفك میں عضل لامیہ تھکانہ کے نیچے +

مثلث تحت الفك کے اندر :- مریض کو پشت پر لٹایا جائے، اس کے شانے اٹھا دئے جائیں، سر کو پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے، اور آستہ دوسری جانب موڑ دیا جائے۔ ایک ہلانی شکل کا شکاف جس کا خم نیچے کی طرف ہو بنایا جائے جو کام ذقنی کے ایک قیڑا نیچے سے شروع ہو اور وہ پیچھے کی طرف عضل قصیہ حلیہ تک بڑھے، اس کا مرکزی حصہ عظم لامی کے بڑے قرن کے برابر ہو۔ اب جلد اور عضل جلد یہ کاٹا جائے، غدہ تحت الفك کا زیرین کنارہ متعین کیا جائے، اور اس کنارے کے طول میں لفافہ غائرہ کو چیرا جائے۔ پھر اس گھٹی کو متعدد کے ذریعہ اوپر اٹھایا جائے اور فك اسفل کے کنارے پر قائم کر دیا جائے۔ زخم کو اچھی طرح کھولنے پر عضلہ ذات البطنین کے

۱۵ سینے سے سنٹی +

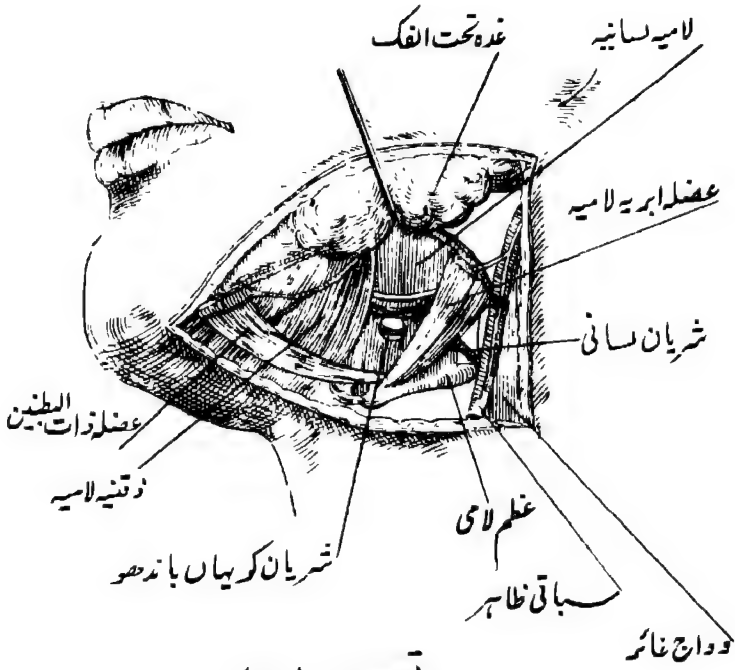
۱۵ ربریکٹر +

۱۵ ڈائیسیٹرک مل +

۱۵ باپوگلاس نرو +

۱۵ سب سیکزری ٹریگل +

۱۵ باپوگلاس مل +



تصویر (۳۰)

شریان لسانی کو مثلث تحت الفک کے اندر باندھنا +



تصویر (۳۱)

شریان عضدی کا بازو کے بالائی ،
درمیانی ، اور زیرین حصے میں بانڈھنا

دو نوں بطن عظم لامی کی طرف مڑتے ہوئے نظر آئینگے، اگلا بطن عضلہ
 ضرسیہ لامیہ کے ریشوں کے اوپر گزرتے ہوئے لینگے، ان ریشوں کی
 رفتار تک اسفل کے مقابلے میں تقریباً آڑی ہوتی ہے، اور ان کے
 پچھلے ریشوں کا کاٹ دینا سودمند ہوتا ہے۔ رہا عضلہ ذات البطنین
 کا وتر، اسکو کند مشبک (کلاب) کے ذریعہ نیچے کھینچ لیا جائے، تاکہ
 اس فضا میں عضلہ لامیہ لسانیہ نمایاں ہو جائے، جسکے ریشے عمودی
 طور پر اوپر کی طرف چلتے ہیں، اور جس پر عصب تحت اللسان قیام
 پذیر ہوتا ہے اور آگے کی طرف بڑھ کر عضلہ ضرسیہ لامیہ کے نیچے
 غائب ہو جاتا ہے۔ ورید مضغعی یا عصب مذکور کے اوپر ہوتی ہے
 یا نیچے۔ پھر عضلہ لامیہ لسانیہ کے ریشوں کو عصب مذکور اور عظم لامی
 کی درمیانی مسافت میں آڑے طور پر کاٹ دیا جائے، اس شگاف
 کے کناروں کے ہٹانے پر شریان نظر آئیگی جو عضلہ عاصرہ متوسطہ کے
 ریشوں پر قیام پذیر ہوگی۔ اگر شریان اس مقام پر نہ ملے، تو اس عضلہ
 کے شگاف کو پیچھے کی طرف بڑھایا جائے، چنانچہ ایسا کرنے پر شریان
 عموماً ملجا پا کرتی ہے +

گردن میں اسکے مبداء کے قریب :- عضلہ قصیہ حلیمہ
 کے اگلے کنارے کے طول میں ایک شگاف اسی طرح بنایا جائے جس طرح
 شریان سبانی ظاہر کے باندھنے کے لئے بنایا جاتا ہے، اور اس

۱۴ ہائیو نکلاسل نزد +	۱۴ بلی (بطن) +
۱۵ دینائن وین +	۱۵ مالو ہائی آڈ +
۱۶ ٹیل کانٹرکٹر +	۱۶ ہک

عضلہ کو پیچے کی طرف کھینچ لیا جائے، اور عظم لامی کے بڑے قرن کو متعین کیا جائے۔ اس استخوانی بندی اور عضلہ ذات البطنین کے پچھلے بطن کے درمیان کی چھوٹی سی فضا میں تلاش کرنے سے شریان عضلہ عاصیٰ متوسط پر پڑی ہوئی ملے گی، اس کو ٹھیک اس مقام پر باندھ دیا جائے جہاں یہ سبباتی ظاہر سے شروع ہوتی ہے +

شریان وحشی کا باندھنا :- یہ شریان جلد، عضلہ عریضہ (جلدیہ) اور لغافہ کے نیچے عضلہ ماٹنہ کے سامنے کے کنارے کے برابر ناک اسفل کے زیرین کنارہ پر گزرتی ہے، لہذا اس مقام کی جلد اور لغافہ کو قطع کرنے سے اس شریان کو باندھا جاسکتا ہے۔ اس مقصد کے لئے ایک قیراط لمبا انفی شگاف لگایا جاتا ہے +

شریان صدغی کا باندھنا :- صماخ ظاہر کے سامنے عظم الوجنہ کے قریب ایک عمودی شگاف بنایا جائے، اور جلد اور لغافہ کو کاٹا جائے اسی مقام پر شریان ملے گی۔ لیکن یہ ضروری ہے کہ اسے بہ احتیاط تمام عصب اذنی صدغی سے ہٹایا جائے +

شریان متحدہ وحشی کا باندھنا :- اس کے باندھنے کے لئے ایک شگاف بنایا جائے جو زائده حلیہ کی چوٹی سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف (فاس ٹلم اس کی طرف) دو قیراط کی مسافت تک جائے۔ عضلہ قصیر حلیہ

۱۶ میلہ بون +	۱۷ فیٹیل آرٹری +
۱۸ آرکیو وٹیرول نرو +	۱۹ مسٹر +
۲۰ آکسی پٹیل آرٹری +	۲۱ ہاری نٹل +
۲۲ مسٹر پریس +	۲۳ ٹیورل آرٹری +
۲۴ آکسی پٹیل ہیرولڈ برنس +	۲۵ آکسٹر نل سے اے ٹس +

مشناقہ اس لیے، اور تقویٰ حلیہ کے پچھلے ریشوں کا کاٹ دینا ضروری ہے تاکہ یہ شریان اس نالی میں عریاں ہو جائے جو زائدہ حلیہ کی زیرین سطح پر ہوتی ہے اور یہاں اسے ۲ سانی باندھ دیا جائے +

شریان تحت الترقوہ کا باندھنا: اگرچہ اسکے تینوں حصے باندھے جاتے ہیں، لیکن زیادہ تر اس کے تیسرے حصے پر یہ عمل کیا جاتا ہے، اسلئے ہم یہاں صرف تیسرے حصے کے بند کا ذکر کرتے ہیں +

تیسرے حصے کا باندھنا: مریض کو نیز (طاوٹل) کے قریب جبت لٹایا جائے، ہاتھ اچھی طرح جھکا دیا جائے اور سر دوسری جانب موڑ دیا جائے، پھر بائیں ہاتھ سے جلد کو نیچے کی طرف کھینچا جائے، اور ترقوہ کے اوپر ایک شگاف بنایا جائے جسکی لمبائی تین چار قیراط ہو۔ پھر جلد کو چھوڑ دیا جائے تاکہ یہ خود بخود اوپر کی طرف چڑھ جائے، اور شگاف کا مقام ترقوہ سے تقریباً نصف قیراط بلندی پر پہنچ جائے، اس طریقہ عمل سے وداًج ظاہر خطرے سے بالکل محفوظ رہتی ہے۔ یہ شگاف اس قسم کا ہونا چاہئے کہ اس کا مرکزی حصہ ترقوہ کے مرکزی حصہ سے تقریباً ایک قیراط اندر کی طرف ہو + پھر عضلہ قصیہ حلیہ اور مرتبہ منخرنہ کے درمیان کی فضا کو کھولا جائے اور اسکے ریشوں کو کافی دور تک کاٹ دیا جائے، بشرطیکہ یہ ترقوہ کو غیر معمولی طریقے سے ڈھانکے ہوئے ہوں۔ وداًج ظاہر اور دوسری وریدیں گاہے جراح کو مشکلات میں

۱۔ طاوٹل (ٹیبل) +

۲۔ اک ٹریل جو گورڈین +

۳۔ ٹریس پنی زائیں سل +

۱۔ اسپلینس +

۲۔ ٹریکیلو مشاؤٹ +

۳۔ سب کلیوین آرٹری +

اگر فٹا کر دیتی ہیں، اسلئے ایسی صورت میں انکو یا ایک طرف ہٹا لیا جاتا ہے، یا باندھ کر انکو کاٹ دیا جاتا ہے۔ شکاف کے طول میں لفافہ غائرہ کو کاٹا جائے، مگر اس احتیاط کے ساتھ کہ شریان غنقی مستعرض اور فوق الکنت نہ کٹنے پائیں، ان میں سے اول الذکر اوپر کے طرف ہوتی ہے اور آخر الذکر ترقوہ کے نیچے چھپی رہتی ہے۔ اگر عضلہ کتفیہ لامیہ کا پچھلا بطن نظر آئے، تو اسے اوپر کی طرف کینچ لیا جائے۔ لفافہ کے مختلف طبقات کو بہ احتیاط تمام کاٹنا چاہئے یہاں تک کہ ضغیرہ عصبیہ کے اعصاب نمودار ہو جائیں اب انگلی ڈاکر پہلی پہلی کی بلند ہی دھچکا خمیہ معلوم کی جائے، ورنہ یہ تحت الترقوہ انگلی کے سامنے ہوگی، مگر کسی قدیم نیچے کی طرف، اور شریان انگلی اور پہلی کے درمیان ترتیبی ہوئی ملے گی، ضغیرہ عصبیہ کی ڈوریاں (جبال) اس کے اوپر اور باہر کی طرف ہوتی ہیں، مگر زیرین جبل اس کے نیچے سے گذرتا ہے، سوئی اوپر سے نیچے کی طرف گزار دی جائے جو شریان سے باہر کی طرف ملتی ہوئی جائے، تاکہ عصبی جبال کا زیرین جبل اس بند کے اندر نہ آجائے۔ اس عمل میں زیادہ خطرہ اس بات کا ہوتا ہے کہ غلطی ہو غشاء المریہ اور وسطی و دریدی مجروح ہو جاتی ہیں، یا ضغیرہ عصبیہ کی کوئی ڈوری بند کے پیسے میں آجاتی ہے۔

شریان ثدنی بالین کا باندھنا:۔ پیلوں کے درمیان کے

عضلات و اوٹار کو عظم التفس کے بیرونی کنارے سے ایک قیڑا یا زیادہ

۱۔ ٹرنشورس مسدا سیکل آرٹری +

۲۔ برکیل پیکس +

۳۔ سوپرا اسکے پولر +

۴۔ اسکے فی ٹیو برکل +

۵۔ او موبائی آئٹ +

فاصلے پر کاٹا جائے، اس سے شریان نمودار ہو جائیگی جس کو باندھ دیا جائے۔ قس کے کنارے سے شریان تقریباً نصف قیراط کے فاصلے پر ہوتی ہے۔

شریان فقری کا باندھنا۔ عضلہ قصبہ حلیہ کے پچھلے کنارے کے زیرین نصف کی لمبائی میں ایک شگاف بنایا جائے، عضلہ عرضیہ جلدیہ اور لفافہ غائرہ کو کاٹا جائے اور عضلہ مذکورہ کو سامنے کی طرف کھینچ لیا جائے۔ عضلہ انعمیہ مقدمہ (عضلہ عنقیہ مقدمہ) اور عصب حجابی کو تلاش کیا جائے۔ اب اس عضلہ اور عضلہ طویلہ عنقیہ کے مابین کی مسافت کھل جائیگی، جس پر شریان عنقیہ مساوی پڑی ہوئی ملے گی۔ اب چھٹے مہرے کے اگلے جناح کو تلاش کیا جائے، ٹھیک اس جناح کے نیچے شریان فقری اس نالی میں داخل ہوتی ہوئی ملے گی جو جناح کے اندر ہوتی ہے۔ پھر اس ورید کو جو سامنے کی طرف ہوتی ہے، باہر کی طرف کھینچ لیا جائے تاکہ سوئی باہر سے اندر کی طرف گزاری جاسکے۔ اکثر اوقات اعصاب شریکیہ کی چند شاخیں بن کے پیٹے میں آجاتی ہیں جو آنکھ کی پتلی کے سکیڑ کا باعث ہو جاتی ہیں۔

شرائین ورقیہ کا باندھنا۔ گنا ہے یہ شریانیں گھسیٹنے کی ذرا کور وکنے کے لئے باندھی جاتی ہیں۔

شریان ورتی اعلیٰ۔ عضلہ قصبہ حلیہ کے اگلے کنارے کی لمبائی میں ایک شگاف بنایا جائے، جس کا مرکزی حصہ غضروف ورتی

۳۴۔ ریشہ آرٹری +

۳۵۔ اسی میں اس آٹائی کس +

۳۶۔ سو پیر یہ قحالی ریشہ آرٹری +

۳۷۔ آگس کالائی +

۳۸۔ ڈانس ورس پر اسس +

کے بالائی کنارے کے مقابل ہو، سباتی ظاہر نمودار ہو جائے گی، اب شریان درتی اعلیٰ کو اسکے مبداء کے قریب باندھ دیا جائے +

شریان ورتی اسفل :- اسکو باندھنے کے لئے عضلہ قصیہ

حلیہ کے اندر دنی کنائے کی لبائی میں تین قیراط لباشگاف بنایا جائے جو ترقوہ سے شروع ہو، اور اس عضلہ کو اور سباتی کے خلاف کو جو اسکے نیچے ہوتا ہے، باہر کی طرف کھینچ لیا جائے۔ پھر اگر ضرورت ہو تو عضلہ قصیہ حلیہ اور قصیہ ورتیہ کو کاٹ دیا جائے۔ پھر گردن کے چھٹے ہمرے کے جناح کو تلاش کیا جائے، جسکے ٹھیک نیچے شریان اندر کی طرف گزرتی ہوئی ملے گی۔ شریان کو سباتی کے ٹھیک نیچے اور جہان تک ہو سکے عضلہ ججری راجع سے دور باندھا جائے +

شریان ابلی کا باندھنا :- یہ شریان بغل کے جروح و خزیہ

کے لئے، اور شریان تحت الترقوہ کے انورسا کے علاج کے لئے بطور رابطہ عید کے باندھی جاتی ہے، اسی طرح گاہے یہ توس راجی کے جروح کے لئے، اور گاہے شریان عضلہ کی کے نزف ثالوی کے لئے باندھی جاتی ہے۔

اسکے باندھنے کے دو طریقے مستعمل ہیں :-

۱۔ انفریر قسانی رائڈ آرٹری +	۴۔ پیکر ڈاؤنڈز +
۲۔ اسٹرنو قسانی رائڈ ایس +	۵۔ ٹرسٹل بیگیچر +
۳۔ ٹرنسورس پیراسس +	۶۔ پارس آرچ +
۷۔ ریکورنٹ پیر غیل ٹرو +	۸۔ بیکیل آرٹری +
۹۔ انٹر پارٹی آرٹری +	

(۱) شریان کے بالائی حصے (اندرونی) ثلث کا باندھنا
 بازو اور کندھے کو پیچھے کی طرف اس طرح کھینچیں، کہ عضلہ صدریہ تن جائے
 اس کے بعد زائیدہ متقاریہ سے ترجہا ہلالی شکل کا شکاف شروع کر کے
 مفصل قصبی ترقوئی سے ایک قیراط قبل تک لائیں، یہ خط ترقوہ و نصف
 قیراط نیچے ہونا چاہئے۔ اور اس خط کی لمبائی چار قیراط ہونی چاہئے۔
 اب عضلہ صدریہ کبیرہ کے ترقوہ والے سرے کے ریشوں کو قطع کر کے
 نیچے خلوی (خانہ داربافت) کو ایسی احتیاط سے کاٹیں، کہ دریدہ تیفال
 جو عضلہ صدریہ، اور عضلہ ذالیہ کے درمیان واقع ہے، زخمی نہ ہو جائے
 اب زخم کے زیرین کنارے کو کھینچنے سے عضلہ صدریہ صغیرہ نمودار
 ہوگا، اگر اس عمل سے شریان صدریہ آخری کی کوئی شاخ کٹ جائے
 تو اس کو باندھ دیں، اس سے فراغت حاصل کرنے کے بعد غشاء ضلعی
 متقاریہ کو قطع کریں، اور بازو کو اندر کی طرف لائیں، تاکہ عضلہ صدریہ
 ڈھیلا ہو جائے، پھر مرشد کے ذریعے دریدہ البطی کو نمایاں کر کے گندکلاب
 سے اندر کی طرف ہٹائیں، اور شریان کی تڑپ معلوم کر کے اعصاب کو
 بچا کر حسب دستور باہر سے اندر کی طرف سوئی داخل کر کے باندھ دیں
 شریان کے تیسرے حصے کا باندھنا | یہ عمل بغل میں کیا جاتا ہے۔ مرعین کو چیت
 لٹا کر بازو کو باہر کی طرف گھمائیں، تاکہ بغل بخوبی معلوم ہو جائے، جراح بازو

۱۵ پکٹورلیس مائزر +	۱۵ پکٹورلیس ایجر +
۱۶ اکرومیو تھوریک آرٹری +	۱۶ کاریکا پراسس +
۱۷ کاسٹیکاریکٹامبرین +	۱۷ اسٹرنو کلیوکیڈ لرجائمنٹ +
۱۸ ڈاکٹر کٹ +	۱۸ پکٹورلیس ایجر +
۱۹ ہلنٹ ہک +	

اور دھڑکے درمیان کھڑا ہو۔ پھر جلد میں عظم العصب کے متوازی ۲ ۱/۲
 قیراط لمبا شگان عضلہ صدریہ اور عضلہ ظہریہ عریضہ کی درمیانی
 مسافت میں (عروق کی رفتار میں) دیں، یہ شگان پچھلے عضلے سے
 نزدیک تر ہونا چاہئے، پھر لفافہ کو باضیاط قطع کریں، اب ورید ابطی او
 عصب متوسط نمایاں ہونگے۔ ورید ابطی کو اندر کی طرف اور عصب
 متوسط کو باہر کی طرف ہٹا کر مدھڑ (دھڑ) اور سر شہ کے ذریعہ شریان
 غلات کو چھیدیں، اور سوئی کو ورید اور شریان کے درمیان داخل کر کے
 بند لگائیں، بعض اوقات غیر معمولی اختلاف کے باعث یہ شریان دو
 حصوں میں منقسم ہوتی ہے، ایسی صورت میں دونوں حصے باندھے
 جاتے ہیں +

دوران جاتی: جب بند شریان صدری آخری کے اوپر
 لگایا جاتا ہے، تو دورۂ جانیہ اسی طریقے سے قائم ہو جاتا ہے، جس
 طریقے سے شریان تحت الترقوہ کے بیرونی ثلث کے باندھنے کے بعد
 ہوتا ہے۔ اور جب بند شریان تحت الکتف اندر منعطف کے اوپر
 لگایا جاتا ہے، تو دوران خون اس طریقے سے ہوتا ہے۔

شرمان صدری طویل اور شرائین بین الاصلع ان شاخوں

۱۵ ڈائرکٹر +	۱۵ پکٹورلس مس +
۱۶ کرومیوٹوریک آرٹری +	۱۶ لےٹس مس ڈارسانی +
۱۷ سب اسکے پولر آرٹری +	۱۷ ایگزیریوین +
۱۸ سرکمفلکس +	۱۸ میڈین نزد +
۱۹ لانگ ٹوریک +	۱۹ فارسیس +
۲۰ انٹرکاسٹل +	

مل جاتی ہیں، جو شریان تحت الکلف سے برآمد ہوتی ہیں اور شریان فوق الکلف اور کتفی مؤخر ان کتفی شاخوں سے مل جاتی ہیں جو شریان تحت الکلف سے نکلتی ہیں۔ اور شریان فوق الکلف اور صدی آخری شریان منعطف مؤخر سے عضلہ ذالیہ کے اندر مل جاتی ہیں +

اور جب بند شریان منعطف کے نیچے لگایا جاتا ہے، تو دوران خون اسی طرح قائم ہو جاتا ہے، جس طرح شریان عضدی کو شریان غائر اعلیٰ کے اوپر باندھنے کے بعد ہوتا ہے، یعنی شریان منعطف مؤخر غائر اعلیٰ کے ساتھ عضلہ ذالیہ میں مل جاتی ہے +

شریان عضدی کا باندھنا :- یہ شریان مندرجہ ذیل تین مقامات پر باندھی جاتی ہے :-

۱۔ بالائی حصے پر۔ بازو کو جسم سے ہٹا کر چت کر دیں اور پھر جراح عضلہ منقاریہ عضدیہ، ورید بائسلق اور شریان کی تڑپ کو بخوبی معلوم کرے، اس کے بعد عضلہ مذکور کے درمیانی حصے کے مقابل عصب بلدی انسلی کو بچا کر جلد میں نہایت احتیاط سے تین قیراط لمبا تنگاف قدرے ترچھا دے اور لفافہ کو قطع کر کے ورید بائسلق کو جو شریان کے ہمراہ ہوتی ہے، ظاہر کرے، اس کے بعد کلائی کو موڑ کر ڈھیلہ کر دے

۱۔ سوپریر اسکے پولر +

۲۔ برکیل آرٹری +

۳۔ کاریکو بریکٹس +

۴۔ بڑیک دین +

۵۔ انٹرنل کیرٹل نیس +

۱۔ سوپر اسکے پولر +

۲۔ پوسٹیر اسکے پولر +

۳۔ اکرومیو توریک +

۴۔ پوسٹیرر سرکولکس +

۵۔ ڈائڈسل +

اور درید، عصب اور عضلہ ذات الراسین وغیرہ کو کٹ کر کلاب سے باہر
 کی طرف ہٹائے، پھر شریانی غلاف کو چھید کر عصب متوسط کو باہر کی طرف
 کھینچے، اور پھر شریان کو تڑپ کے ذریعے معلوم کر کے رباط لگائے +
 اگر دو بڑی شریائیں ایک دوسرے کے متوازی معلوم ہوں، تو
 ہر ایک کو انگلی سے باہر دیکھیں، جس کے دبانے سے مطلب حاصل ہوگئی
 کو باندھ دیں، شریان کو شاخوں کے اوپر باندھنا چاہئے، اسلئے شریان
 غائر اعلیٰ کا خیال رکھنا چاہئے +

(۲) بازو کے درمیانی تلمش پر :- بازو کو مریض کے جسم سے
 دور کیا جائے، اس طرح کہ اسکے اور دھڑ کے درمیان زاویہ قائمہ بن جائے
 ہاتھ کو چپٹ رکھا جائے، اور اسکے نیچے کوئی چیز اس فون سے نہ رکھی جائے
 کہ کہیں عضلہ ثلاثیہ الرؤس سامنے کی طرف نہ ٹل جائے، اور شریان
 اپنی جگہ سے نہ ہٹ جائے، جراح کو بازو اور دھڑ کے درمیان کھڑا ہونا
 چاہئے، اس صورت میں عضلہ ذات الراسین کے اندر دنی کنارے
 کے طول میں عضلہ منقاریہ عضدیہ کے اختتام کے قریب خط شریانی پر
 جلد میں دو قیراط لمبا شنگاف دیں، لفافہ کو چیریں، اور عضلہ مذکور کے
 اندر دنی کنارے کو اچھی طرح عریاں کریں، اور اسے کسی قدر سامنے کی طرف
 کھینچیں، اس عمل سے درید باسلیق اور عصب متوسط شریاں پر نظر
 آئیں گے، ان کو اندر کی طرف ہٹا کر عضلہ ذات الراسین کو ڈھیلا کر دیں +

۴۵ بائی سپس +

۴۵ کارکیو بریکٹے لسر +

۴۵ بائی سپس +

۴۵ بلنٹ ہک +

۴۵ ٹرائی سپس مل +

اس کے بعد شریان کو دونوں مرافق وریدوں سے جدا کر کے باندھ دیں۔
یہ عمل ہمیشہ آسان ہی ثابت نہیں ہوتا ہے، بلکہ گاہے اثنائے
عمل میں روٹے اٹک جاتے ہیں، جن سے عبیر کرنا ایک مبتدی کے
لئے دشوار ہو جاتا ہے۔ چنانچہ گاہے عصب متوسط شریان کے
سامنے سے گزرنے کے بجائے پیچھے کی طرف سے گزرتا ہے۔ گاہے ورید
بالیق اسکی جگہ لے لیتی ہے، اور اس سے اشتباہ پیدا ہو جاتا ہے۔
گاہے شریان بازو کے بالائی حصے میں دو شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے
ایسی صورت میں دونوں کو باندھنا پڑتا ہے۔ اور ایک عام غلطی یہ ہے
کہ گاہے عضلہ ذات الراسین پورے طور پر متعین نہیں ہوتا، اور اسکی
پیچھے شریان کی اصلی جگہ معلوم نہیں ہوتی۔

(۳) شریان عضدی کو کہنی کے پاس باندھنا: عضلہ
ذات الراسین کے وتر کے اندر دنی کنارے کی طرف جلد میں دو قیراط
لبا اور ترچھا شگاف اس طرح دیں کہ اسکا زیرین سرا کہنی کے موڑ کے
محا ذی ہو، نیز یہ شگاف ورید باسلیق سے باہر کی طرف اور اس کے
ستوازی ہو۔ اگر یہ ورید نظر آئے، تو اسکو اندر کی طرف کھینچ لیں، اور عضلہ
ذات الراسین کے لغاذ کو چیر دیں۔ اس سے شریان مع اپنی دونوں
مرافق وریدوں کے سریاں ہو جائیں گی۔ جو کھلی چربی کی ساخت کے
اندر ہوگی، اور عصب متوسط اس سے دور اندر کی طرف نظر آئے گا
بند لگاتے وقت سوئی کو باہر سے اندر کی طرف گزاریں۔
دورہ جانفیدہ۔ جب بند شریان غائر اعلیٰ کے اوپر لنگایا جاتا

ہے۔ تو دورہ جانبیہ شریان منعطف موخر کی وجہ سے قائم ہو جاتا ہے جو شریان غائر اعلیٰ کی شاخوں کے ساتھ عضلہ ذالیہ کے اندر ملتی ہیں اور جب بند شریان غائر اسفل کے نیچے لگایا جاتا ہے، تو دورہ جانبیہ ان شریانی تو اسلات کے ذریعہ قائم ہوتا ہے، جو کہنی کے جوڑ کے گرد ہوتے ہیں +

شریان زندی کا باندھنا:۔ اس شریان کے باندھنے کی ضرورت کم ہی پیش آیا کرتی ہے۔ ہاں جب ہتھیلی سے جریان خون ہوتا ہے، یا جب یہ براہ راست مجروح ہو جاتی ہے، تو اسے باندھا جاتا ہے۔ پہلی صورت میں رُسخ (قبضہ۔ پونچا) سے ٹھیک اوپر اسے باندھ دیا جاتا ہے، اور دوسری صورت میں زخم کو زیادہ کشادہ کر کے شریان کو باندھا جاتا ہے۔ یہ ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ یہ شریان کہنی کے موڑ کے تقریباً وسط سے اندر کی طرف منھڑتی ہے، اور عظم کہنی کے بیرونی پلہ (جانب کعبی) کی طرف آتی ہے، اس کے دو زیرین تلمث اس خط کے ذریعہ بتائے جاسکتے ہیں جو بازو کی ہڈی کے اندر بیرونی پلہ سے گھسٹا جائے، اور مذکورہ بالا نقطہ (عظم کہنی کے بیرونی پلہ) پر ختم کیا جائے +

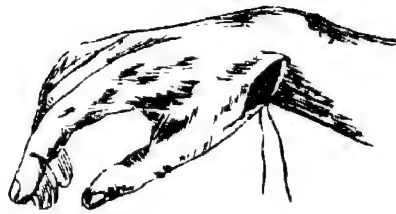
رُسخ (پونچے) پر باندھنا:۔ تقریباً ایک قیراط لب شکاف خط شریانی پر دیا جائے جو رُسخ کے موڑ سے شروع کیا جائے

۱۵ ہپی فارم بون +	۱۵ پوسٹریئر بریکٹلس +
۱۵ ریڈیل سائز +	۱۵ انفریئر پروفنڈا +
۱۵ انٹرٹان کانڈائل +	۱۵ انسٹراڈری +



تصویر (۳۲)

شریان رادی اور شریان اولی کا نبض کا باندھنا



تصویر (۳۳)

شریان رادی اور شریان اولی کا نبض کا باندھنا

اور رفاؤ علیہ کو کھولا جائے، پھر عضلہ قابضہ رسیہ زندیہ (دُفلی) کے وتر کو اندر کی طرف کھینچا جائے، اور رگوں کو دیکھا جائے، شریان کے زندی پہلو پر عصب ہوا کرتا ہے، شریان کو باندھنے کے لئے (اگر ممکن ہو) دونوں اور وہ مرقعہ کو شریان سے جدا کر دیا جائے، تاکہ وہ بند کے بیٹے میں نہ آجائیں +

شریان کو کٹائی کے وسط میں باندھنا۔ ایک شگاف اس خط کی سیدھ میں بنایا جائے، جو عظم العصد کے اندرونی نقرہ کے اندر دینی کنارے سے عظم کرستی کے بیرونی جانب (جانب کُبری) تک کھینچا جائے۔ پھر اس رسیہ خط کو تلاش کیا جائے، جو عضلہ رسیہ زندیہ (دُفلی)، اور قابضہ سطحیہ لامعابج کے درمیان کے جاذب عضلی کو بتاتا ہے، اس تھلی کو نرمی کے ساتھ کھولا جائے۔ اس خط کا پتہ چلانا اکثر دشوار ہوا کرتا ہے۔ جب صحیح مسانت کھل جاتی ہے، تو زدن شغل نظر آتی ہے۔ اور عضلہ قابضہ رسیہ زندیہ کے نیچے شریان اپنی وریدوں اور عصب کے ساتھ آسانی سے مل جاتی ہے۔ یہ عصب کسی قدر شریان سے اندر کی طرف (جانب زندی) ہوتا ہے +

شریان کو بالائی حصے میں باندھنا۔ ایک ترچھا شگاف عضلہ کاپہ مستدیرہ کے بالائی کنارے کی سیدھ میں بنایا جائے، اس سے

۱۵ ٹیکس کارپائی انیرس +	۱۵ ٹیکس کارپائی انیرس +
۱۶ ٹیکس سبلائی مس و بی ٹورم +	۱۶ ٹیکس کارپائی انیرس +
۱۷ اسٹیکور سپٹم +	۱۷ انرسٹ +
۱۸ انا +	۱۸ وینی کامی سیر +
۱۹ پریوٹر ٹیریز +	

حفہ زندیہ مقدمہ کمل جائیگا، اور شریان عضدی کا آخری مقام
انقسام نمودار ہو جائیگا +

شریان النبض (کعبری) کا باندھنا:۔ اس شریان کا
خط کہنی کے موڑ کے وسط سے شروع ہو کر اس فضا تک جاتا ہے جو
قبضہ کے پاس عضلہ قابضہ رسیغہ علیا (کعبریہ) اور باطنی طویلہ کے
درمیان ہوتی ہے۔ پھر یہ شریان باہر کی طرف متوجہ ہوتی ہے، چنانچہ
یہاں اسکی ضربان اس حفہ میں محسوس ہو سکتی ہے جو باطنی اولے
ابہائیمہ اور باطنی ثانیہ ابہائیمہ کے اتار کے درمیان ہوتا ہے۔ اس
فضا کو بعض مشرین عابۃ النشیق کہتے ہیں +

پشت رسیغہ پر شریان کو باندھنا:۔ مذکورہ بالا دونوں
اتار کے درمیان کے حفہ کو کھلیں، کیونکہ شریان اس مقام پر
باہر کی طرف مڑ کر پہلی فضا بین العظام کی جڑ کی طرف جاتی ہے۔ دونوں
وتروں کے درمیان ایک ترچھا شکاف بنائیں، جو زنداعلی کے زائدہ
ابہائیمہ سے پہلی عظم مشطی ٹیپ بڑھتے +

رسیغہ کے اوپر شریان کا باندھنا:۔ خط شریانی پر ایک
شکاف بنایا جائے۔ عضلہ باطنی طویلہ اور قابضہ رسیغہ کعبریہ کے

۱۷۱۔ انٹی کیوبی ٹل فاسا +

۱۷۲۔ فلکس کارپائی۔ ٹریکس +

۱۷۳۔ سوپائی نیڑلائگس

۱۷۴۔ اکس منڈیر امانی +

۱۷۵۔ اکس منڈیر منڈانی +

۱۷۶۔ اسنف باکس +

۱۷۷۔ انٹراشی آں ہیں +

۱۷۸۔ ریڈائیس +

۱۷۹۔ اسٹیاڈا پراسس +

۱۸۰۔ یٹا کاریل بون +

۱۸۱۔ سوپائی نے ٹرائگس +

۱۸۲۔ فلکس کارپائی اٹنے رس +

درمیان کے لفافہ کے کھولنے پر یہ شریان نظر آئے گی +
کلائی کے وسط میں یا بالائی ثلث میں شریان کا بائیں
 خط شریانی پر ایک شگاف بنایا جائے، اور باطن طویلہ کے اندر دنی
 کنارے کو تلاش کر کے دور ہٹا دیا جائے۔ اس کے بعد شریان اس کے
 نیچے ہوتی ہے، اور عصب زندگی اعلیٰ اس سے کی قدر باہر کی طرف
 اگرچہ بالائی حصے میں ان دونوں کے درمیان تھوڑا سا فاصلہ
 حاصل ہوتا ہے +

اورطی بطنی کا باندھنا:۔ اس کے باندھنے کے بعد عموماً موت
 لاحق ہوا کرتی ہے۔ اگرچہ یہ صرغین، دس، بیس یا چالیس روز تک
 زندہ ہی رہے ہیں۔ اس کے باندھنے کے لئے شکم کے خط وسطانی سے
 کسی قدر بائیں طرف شگاف بنائیں، جبکہ مرکزی حصہ ناف کے مقابل
 ہیں۔ آنتوں کو ہٹایا جائے، اور صفاق (باریطون) کے پچھلے طبقہ کو
 جیرا جائے، جو اورطی پر تغشہ کرتا ہے۔ اس کو عریان کر کے باندھ دیا
 جائے۔ گاہے اس کے ساتھ ہی ایک طرف یا دونوں طرف کی شریان
 حرقفی اصلی کو باندھ دیا جاتا ہے، تاکہ خون کی وہیسی رگ جائے +

شریان حرقفی اصلی کا باندھنا:۔ یہ شریان اورطی بطنی کے
 دو شاخہ مقام سے کمر کے چوتھے مہرے کے بائیں طرف شروع ہوتی ہے
 اور فصل حرقفی غجزی کے سامنے تک بڑھتی ہے۔ اس کو باندھنے کے
 لئے شکم کے خط وسطانی میں شگاف بنایا جائے جبکہ مرکزی حصہ ناف

۱۵۔ ریڈیل نرہ +	۱۶۔ کاسن الیک +
۱۷۔ بائل اے آٹا +	۱۸۔ ایلو سیکل جانٹ +

سے قدرے نیچے ہو۔ پھر شریان کو تلاش کیا جائے، اور باریطون جلدی کے پھیلے طبقہ کو چیر کر شریان کو عریاں کیا جائے، اور رباط (بند) گزار کر اسکو باندھ دیا جائے۔ غالب چونکہ اس شریان پر اسکے آخری انقسام (دو شاخہ مقام) سے ٹھیک اوپر عبور کرتا ہے، اسلئے اسکو احتیاط سے بچایا جائے +

شریان حرقفی باطن کا باندھنا :- یہ شریان گاہے اسکی شاخوں کے جریان خون کے لئے یا اسکی شاخوں کے انورسا کے علاج کے لئے باندھی جاتی ہے؛ انورسا زیادہ تر اسکی شاخ آٹومی میں ہوا کرتا ہے۔ اس شریان کی لمبائی تقریباً ڈیڑھ (۱.۵) قیراط ہوتی ہے۔ اس شریان تک پہنچنے کا طریقہ یہ ہے کہ شکم کے خط وسطانی میں ہاش سے نیچے شکم لگایا جائے، پھر آنتوں کو ایک طرف ہٹایا جائے، اور شریان حرقفی اصلی کے مقام انقسام (دو شاخہ منتهی) کو ڈھونڈھا جائے اسکے بعد باریطون کے پھیلے طبقہ کو چیرا جائے۔ مگر اس طرح کہ غالب بچا رہے۔ پھر ابرہہ انورسا دیکھ کر گزاری جائے، جسکے اندر ڈورا موجود ہوں۔ مگر اس احتیاط کے ساتھ کہ وریڈ زخمی نہ ہونے پائے +

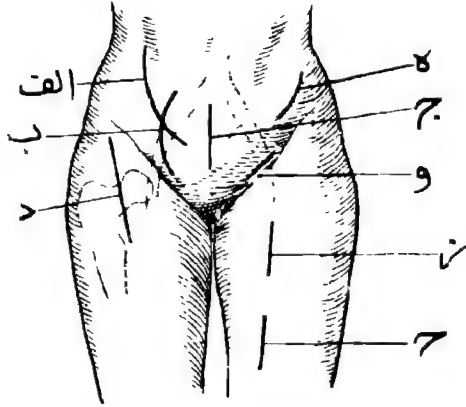
شریان حرقفی ظاہر کا باندھنا :- اس شریان کی لمبائی تقریباً ساڑھے تین قیراط سے چار تک ہوتی ہے۔ اس شریان کی تقاطع کے ہر حصے تک پہنچنا آسان ہے۔ اسکی شاخیں زیادہ نہیں ہیں اور وہ بھی اسکے زیرین حصے سے خارج ہوتی ہیں۔ اس شریان کا مقام

۱۔ پیرائٹل پیری ٹونیم +

۲۔ گلیوکیل آرٹری +

۳۔ انٹرنل ایلک +

۴۔ اکسٹرنل ایلک آرٹری +



تصویر (۳۳)

جو شکاف شکم کے زیرین حصے اور ران کو بالائی حصے میں دیے جاتے ہیں

د (الف) شریان حرقفی کے باندھنے کیلئے (۴) شریان حرقفی ظاہر کو باندھنے کیلئے

دب (ب) اسی شریان کے باندھنے کے لئے (۵) شریان مذکور کو باندھنے کے لئے

ب (ج) شریان حرقفی باطن کے باندھنے کے لئے (۶) شریان نخڑی کو شلت نخڑی کے

ب (د) مفصل درک کو کاٹنے کیلئے شکاف (۷) شریان نخڑی کو جوئے مقرن کے

ب (هـ) اندر باندھنا

ب (و) اس کے پاس باندھنا

ب (ز) اندر باندھنا

ب (ح) اندر باندھنا

ب (ط) اندر باندھنا

اس خط کے زیرین دو ٹلٹ سے متعین کیا جاسکتا ہے جو اوڑلی کے آخری مقام انقسام (دو شاخہ مقام) سے کھینچا جائے، اور اس فضا کے بیچ میں ختم کیا جائے جو خاصرہ کے شوک مقدمہ علیا اور حاکم ثانی کے درمیان واقع ہے؛ یعنی رباط الاربعیہ کے وسط سے قدرے اندر کی طرف۔ اس شریان تک پہنچنے کے طریقے اگرچہ بہت سے ہیں، مگر بہترین طریقہ وہ ہے، جس میں باریطون کو چیرنا نہیں پڑتا۔ چنانچہ ایسے دو مندرجہ ذیل طریقے ہیں:-

پہلا طریقہ (عملیت کو پیر) ایک شگاف رباط اُربی کے بیرونی نصف کے مقابل بنایا جائے، جسکی ابتداء رباط مذکور کے مرکز سے قدرے اندرونی (دائیں) جانب ہو، اور تقریباً پانچ قیراط اس سے بلند ہو پھر یہ شگاف اوپر اندر باہر کی طرف بڑھے، اور شوک مقدمہ علیا سے تقریباً ایک قیراط قبل ختم ہو جائے۔ پھر عضلہ مؤثر ظاہرہ کے وتر (تریقن صفاق) کو اس خط کے طول میں چیرا جائے؛ پھر عضلہ مؤثر غائرہ اور مستعرضہ کے زیرین کناروں کو جو اس وقت غریاں ہو جاتے ہیں) مبعثات کے ذریعہ اوپر کی طرف کھینچ لیا جائے، جو مجرا ہی اُربی پر

۱۔ الیم +	۲۔ اپائی نیوروس +
۳۔ انٹیر سویر اسپائن +	۴۔ انٹرنل آلیکسل +
۵۔ سینے سے پوپس +	۶۔ ٹرنسور سیلس +
۷۔ پواریٹس گٹٹا +	۸۔ رٹریکٹرز +
۹۔ آسٹلی کوپرس آبریشن +	۱۰۔ انگوٹل کینال +
۱۱۔ اکٹرنل آلیکسل +	

تشکل کمان ہوتے ہیں۔ اسکے بعد لفافہ مستعرضہ کو اور باریطون کے نیچے کی ڈھیلی چربیدار تہ کو بلفظ اور بر شد کے ذریعہ کھولا جائے۔ اب شریان انگلی کے نیچے تڑپتی ہوئی ملیگی، اس کا خیال رکھیں کہ اثنائے عملیت میں شریان شراعیفی اور حرقفی منعطف نہ بنی ہو جائیں، کیونکہ دوران جانی میں ان دونوں کی ضرورت ہوتی ہے پھر سوئی اندر سے باہر کی طرف گزاری جائے، اور شریان کو باندھ دیا جائے۔ اسکے بعد باریطون اور عضلات کے طبقات کو خیاطت محفیہ (مخونہ) سے سی دیا جائے +

دوسرا طریقہ (عملیت ابریشی) زیادہ تر مستعمل ہے، چار قیراط لبا شنگاف دیا جائے، جسکو شوک مقدمہ علیا سے تقریباً ڈیڑھ قیراط اوپر، اور تقریباً اسی قدر اندرونی جانب سے شروع کیا جائے، اور رباط اربی کے وسط سے تقریباً نصف قیراط اوپر اور ٹھیک باہر کی طرف ختم کیا جائے۔ اسکے بعد عضلہ موربہ ظاہرہ کے وتر سرین کو اسکے ریشوں کی رفتار کی سیدھ میں چیرا جائے، اسی طرح عضلہ موربہ غائرہ اور مستعرضہ کو بھی۔ پھر لفافہ مستعرضہ کو باصتیاط تمام کاٹا جائے، جسکی دبازت مختلف ہوا کرتی ہے، کبھی غلیظ اور کبھی اتنی رقیق کہ اسکی شناخت دشوار ہو جاتی ہے۔ پھر اس زخم کے اندر انگلیاں

۵۱ سر کم فلکس الیک +	۵۱ ٹرنور سیلس فیٹیا +
۵۲ پیری ٹونیم +	۵۲ فارسیس +
۵۳ بیوریڈ سیور +	۵۳ ڈائرکٹر +
۵۴ ابر نے تغیر آپریشن +	۵۴ اپنی گیسٹرک +

داخل کی جائیں، اور باریطوں اور اسکے شمولات کو حفزہ خاصہ سے جدا کیا جائے اور ان کو اندر اور سامنے کی طرف کھینچ لیا جائے، اور مقام عمل سے ان کو ایک چوڑے بلوٹی کے ذریعہ دور رکھا جائے۔ اس فضا (حفزہ خاصہ) کے اندر جو اس طرح کھولی گئی ہے، عضلہ حرقیہ نظر آئیگا اور اسکے اوپر اسکا لفاذ ہوگا، اور اسکے اندر ونی جانب عضلہ صلیبیہ (قطنیہ) کا گول کنارہ ملیگا۔ شریان اسی عضلہ کے اندر ونی کنارے کے قریب ہوتی ہے، جو عموماً آسانی سے مل جایا کرتی ہے۔ یہ شریان اس مقام میں لفاذ کے ایک غلات (غدد) کے اندر ہوتی ہے، جس پر عصب تناسلی فخذی عموماً عبور کرتا ہے، اور گاہے اس پر چند غدد جاڈبہ بھی ہوتی ہیں۔ ورید شریان سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور الگ ہوتی ہے۔ شریان کو باندھنے کے لئے سوئی اندر سے باہر کی طرف گزاردی جائے۔ اگر شکم کا لفاذ مستعرضہ پورے طور پر نہ کھل سکے، تو اس صورت میں یہ ممکن ہے کہ اسکو باریطوں کے ساتھ اوڑھ کر ہٹا دیا جائے، اور انکے ساتھ رگوں کو بھی سامنے کی طرف کر دیا جائے۔ اس صورت میں رگیں بلوٹی کے نیچے نظر آئیں گی۔

یہ دوسرا عمل پہلے عمل سے بہتر ہے۔ جسکے وجوہ متعدد ہیں۔

شریان فخذی (فخذی اصلی) کا باندھنا۔ مفصل دریک سے

۱۵ شیمہ +	۱۵ الیک فاسا +
۱۶ جینے ٹوکر ورل نزد +	۱۶ اسچے چولا (بلوٹی) +
۱۷ لفے ٹک گلینڈز +	۱۷ ایلا ٹیکس سل +
۱۸ فیمورل آرٹری +	۱۸ سواس سل +
۱۹ ہیپ جائنٹ +	

جب عمل بتر کیا جاتا ہے، تو ابتداءً اسے باندھا جاتا ہے۔ بمقتابلہ
شریان فخذی کے دورہ جانبیہ شریان حرقفی ظاہر کے باندھنے کے
بعد زیادہ بہتر صورت میں قائم ہوا کرتا ہے، اسلئے شریان فخذی کو کمتر
ہی باندھا جاتا ہے۔ نیز اسلئے بھی اسے کم باندھا جاتا ہے کہ اس سے
شاخیں بکثرت نکلتی ہیں، اور اسکے بند ہو جانے پر ان کے فعل میں
گاہے خلل واقع ہو جاتا ہے۔ اسکے باندھنے کا طریقہ یہ ہے کہ ایک
عمودی شگاف خط شریانی پر لگایا جائے، جو رباط الاربیہ سے قدرے
اوپر کی طرف، اور قدرے نیچے کی طرف بڑھے۔ یہ ضروری ہے کہ سطحی
عروق لگژیم اور اور وہ کو بچایا جائے، اور لفافہ فخذیہ (لفافہ عریضہ)
کو چیر کر شریانی غلاف (غدد) کو عریاں کیا جائے، اور اسے کھول کر
شریان کو باندھ دیا جائے۔ باندھتے وقت سوئی اندر کی طرف سے
گزاری جائے +

شریان فخذی سطحی کا باندھنا:-

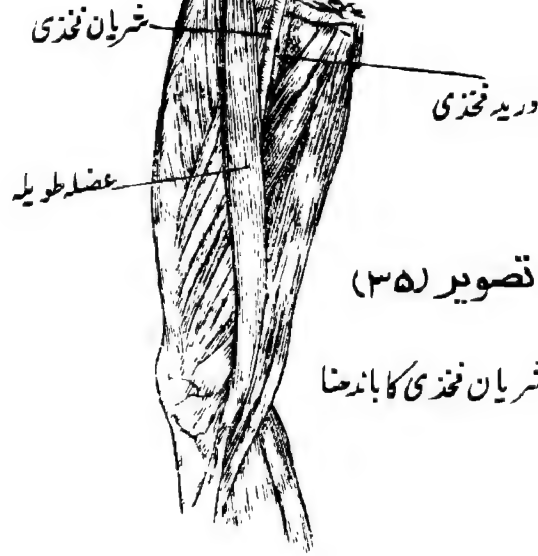
شریان فخذی سطحی باصطلاح خاص شریان فخذی اصلی کا
وہ حصہ ہے جو شریان فخذی غائر کے بعد ہے +

یہ شریان اُس خط کے مقابل ہوتی ہے جو خاصرہ کے شوکہ مقدم
علیاً اور سچا تم عانی کے درمیانی نقطہ سے شروع کر کے ران کی ہڈی
کے اندر دنی نغمہ کی بلندی (حدبہ) تک کھینچی جائے۔ اس حالت میں

۴۵ لہیفے ٹکس +	۴۵ ڈیپ فیورل آرٹری +
۴۵ فیشیا لیٹا +	۴۵ انٹیریر سویرا سپائن +
۴۵ سوپر فیشیل فیورل آرٹری +	۴۵ سفے مس پیولس +
	۴۵ انٹرنل کانڈائل +

متعلق صفحہ

۲۶۴



گھٹنے کو مڑا ہوا، اور ران کو باہر کی طرف ہٹا ہوا ہونا چاہئے۔ یہ شریان
گاہے مثلث فخذی کی چوٹی (راس) میں باندھی جاتی ہے، اور گاہے
مجرائے مقربیہ (مجرای مقربی) میں +

مثلث فخذی کے زاویہ میں اسکا باندھنا۔۔ شریان کی
رفتار میں ایک شگاف چار قیروط مباہنا یا جائے، جسکی ابتدا رباطاں سے
سے تقریباً چار قیراط نیچے سے کی جائے۔ جلد اور لفافہ کاٹا جائے، اور عضلہ
طویلہ کے اندرونی کنارے کو کھولا جائے۔ اب شریان ٹھیک اس انداز سے
کے نیچے ملیگی۔ جب عضلہ کو کسی قدر باہر کی طرف کھینچا جاتا ہے۔ تو شاذ و نادر
عصب جلدی متوسط نظر آتا ہے۔ اس مقام میں ورید شریان سے پیچھے
ہوتی ہے۔ بند لگانے کے لئے سوئی دونوں طرف سے گزاری جاسکتی ہے
مگر احتیاط یہ ہونی چاہئے کہ ورید نہ پھند جائے +

مجرائے مقربی میں باندھنا۔۔ ران کے وسط میں خط شریانی
پر تقریباً چار قیراط مباہنا شگاف دیا جائے۔ لفافہ عریضہ کو کاٹ کر عضلہ
طویلہ کو عریاں کیا جائے، اس کے ریشے نیچے اور اندر کی طرف رخ رکھتے
ہیں؛ پھر اسکے بیرونی کنارے کو متعین کیا جائے، اور عضلہ کو اندر کی
طرف کھینچ کر ہٹا لیا جائے۔ اب مجرائے مقربی کی وترقی پوشش (رغظا
وتری) نظر آئیگی، جو مقربہ طویلہ اور متعہ النیہ کے درمیان بڑھتی ہے۔
اسکو چیرا جائے؛ اسکے نیچے غلات شریانی ملیگا۔ جسکے باہر کی طرف متعہ

۱۵۰ یہ مڈل کیوٹے نیس نرو +

۱۵۱ ایڈیوورڈ ٹمک کورنگ +

۱۵۲ ایڈیوورڈ ٹمک +

۱۵۳ واسٹس انٹرنلس +

۱۵۴ اسکار بائریٹیکل ریمورل ٹریٹیکل +

۱۵۵ ایڈیوورڈ ٹمک ریمورل ٹریٹیکل +

۱۵۶ سارٹو ریس +

انسیہ کا عصب ہوگا، اور عصب ساقن طویل اسپر یاہر سے اندر کی طرف
عبور کرتا ہوا ملیگا۔ رہی ورید وہ شریان کے پیچھے سے اس طرح گزرتی
ہے، کہ کچھ دور نیچے جا کر وہ باہر کی طرف آجاتی ہے۔ اسکو باندھنے کے
لئے جدھر سے چاہیں سوئی، داخل کریں، باہر سے یا اندر سے۔ اس کے
زیرین حصے کے قریب باندھنا مناسب نہیں ہے؛ اسلئے کہ یہ مقام
شریان متواتر کبیر سے قریب ہے +

شریان مابضی کا باندھنا۔ گلابی شریان مجرائی مقنی
کے قریب باندھی جاتی ہے، یعنی مجرای مذکور سے گزرنے کے بعد قریب
مقام میں، اور گلابی فصائے مابض کی گرائی میں، لیکن پہلے تمام میں
باندھنا زیادہ مناسب ہے۔ ان دونوں عملیات کی ضرورت بہت کم
پڑا کرتی ہے +

شریان کے بالائی حصے کو باندھنے کے لئے ان کو دو ٹکڑے
باہر کی طرف پھیر دیا جائے، تاکہ حدبہ مقربہ اور عضلہ مقربہ عظیمہ کا وتر
واضح ہو جائے۔ اب چار قیروط لمبا شگاف بنایا جائے، جو اس حدبہ سے
اوپر کی طرف جائے، اور وتر مذکور کو کھولا جائے، اگر ورثید صافن انسی
اور عصب صافن نظر آئیں، تو ان کو ایک چوڑے میٹھے کے ذریعہ پیچھے
کی طرف کھینچ لیا جائے۔ جن کے ساتھ عضلہ طویلہ، رقیقہ، اور

۱۵ لنگ سیفٹنس نزد + جہاں عضلہ قریبہ کبیرہ کا وتر آکر گھٹتا ہے +

۱۶ سارٹر ریس + ۱۷ اوکٹر سیگنس +

۱۸ بائی ٹیل آرٹری + ۱۹ سارٹر ریس +

۲۰ بائی ٹیل آریس + ۲۱ اوکٹر ریس +

۲۲ اوکٹر ریس + ۲۳ اوکٹر ریس +

۲۴ اوکٹر ریس + ۲۵ اوکٹر ریس +

غشائیۃ النصف بھی ہوں۔ اگر ممکن ہو تو شریان متواصل کبیر کی بھی حفاظت کی جائے، جو اسی وتر کے ساتھ چلتی ہے۔ اب لفافہ کو کھولا جائے، جس سے شریان نظر آئیگی، درانجا لیکہ اسکے گرد ڈھیلی بیج خلوی کی ایک کثیر مقدار ہوگی، ورید عموماً باہر کی طرف ملا کرتی ہے، جو اس مقام پر موٹی اور کثیف ہوتی ہے۔ اسی وجہ سے لاشوں کے اندر غلطی ہو جایا کرتی ہے اور طلبہ اسکو شریان خیال کرنے لگتے ہیں +

شریان کوزیرین حصے میں باندھنا۔ فضائے مابض کو خط وسطانی میں ایک شگاف بنایا جائے، لفافہ غائرہ کو چیرا جائے، عضلہ تو آئسہ کے سروں کو اور عصبت مابضی انسی کو دور کیا جائے۔ یہاں ورید بمقابلہ شریان کے سطحی ہوتی ہے۔ شریان کو باندھنے کے لئے سوئی اندر کی طرف سے گزارا جائے +

شریان قبضی مخرج کا باندھنا۔ اس شریان کو سوائے اسکے کہ جریان خون ہو، یا پاؤں کا عمل برکیر کیا جائے۔ کتر ہی باندھا جاتا ہے۔ اس شریان کی رفتار اس خط کے مقابل ہوتی ہے جو فضا مابض کے وسط سے اس نقطہ تک کھینچا جائے جو اندرونی گتے کے ایک انگشت پیچھے قائم کیا جائے +

بطن شقاق کے وسط میں شریان کا باندھنا۔ پنڈلی کو موڑ کر اسے بیرونی پہلو پر رکھا جائے، اور ایک شگاف پار قیراط لمبا

۱۔ بوسٹیریل آرٹری +

۵۔ پنڈلی کی درانی رگات +

۱۔ ڈیپ نیشیا +

۱۔ گیسٹری نی اس +

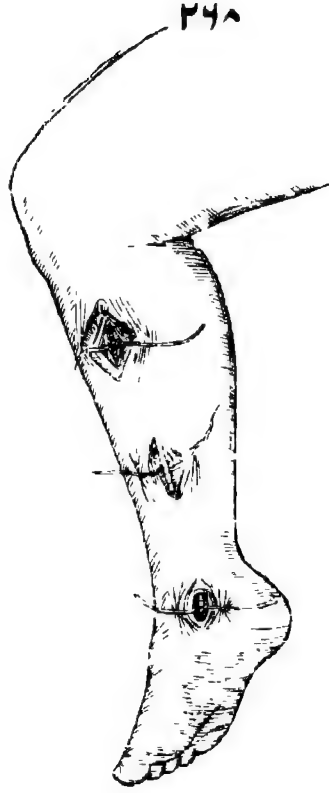
۱۔ انٹرل پاپی ٹیل نر +

تصہ کبریٰ کے اندرونی کنارہ سے ایک انگشت پیچھے بنایا جائے۔ پھر جلد اور اسکے نیچے کی نیچ خلوی کاٹی جائے، اور حسب ضرورت وسیع صافن طویل اور عصب صافن کو ہٹایا جائے۔ پھر عضلہ بغلیہ کے متبادر قصبی کو کھولا جائے، اور اسکو ٹھیک قصبہ کے رخ پر چیرا جائے، یہاں تک کہ وہ تری ٹھیش مل جائیں جو اسکی گہری سطح پر ہوتے ہیں۔ اس شکاف کے بعد عضلہ کو پیچھے کی طرف کھینچ لیا جائے جس سے رگیں بھانے کے گہرے طبقہ میں لپٹی ہوئی عضلہ قصبیہ مؤخرہ پر ملیں گی، اور ان سے باہر کی طرف عصب قصبی مؤخرہ لپکا۔ شریان سے دونوں مراعات دیدوں کو جدا کیا جائے اور سونی عصب مذکور کی طرف سے گزاری جائے +

پینڈلی کے زیرین ثلث میں شریان کا باندھنا۔ و تر عقب اور قصبہ کبریٰ کے اندرونی کنارے کے مابین کی فضا کے وسط میں ایک شکاف بنایا جائے، اور جلد، اسکے نیچے کی نیچ خلوی اور اندرونی رابطہ حلقی کے بالائی حصے کو کاٹا جائے، جس سے رگیں نظر آئیں گی۔ ان رگوں سے پیچھے اور باہر کی طرف عصب ہوا کرتا ہے +

شریان کا گٹے کے پیچھے باندھنا۔ ایک ترچھا شکاف گٹے سے تقریباً ایک انگشت کے فاصلے پر بنایا جائے، جو گٹے کے زیرین

۱۵۔ پوسٹیریئر لمبل نرو +	۱۵۔ الیم سیف نس دین +
۱۶۔ ٹنڈا کیلس +	۱۶۔ سیف نس نرو +
۱۷۔ انٹرئل انیورلگٹ +	۱۷۔ سوی اس +
۱۸۔ فلکس لائکس ٹوبی ٹوم +	۱۸۔ کیبل اور ی جن +
	۱۹۔ انیورولک فائبرز +



تصویر (۳۷)

شریان قصبی مرکز کا، اس کے بالائی، درمیانی، اور زیرین حصے میں باندھنا۔



تصویر (۳۸)

شریان قصبی مقدم کا بالائی اور زیرین حصے پر، اور پشتِ قدم پر باندھنا

کنائے کے گرد گھومے۔ پھر رباط حلقی انہی کو ان رگوں کے اوپر عضلہ قابضہ طویلہ اصبغیہ اور عضلہ قابضہ خاصہ ابہامیہ کے وتروں کو درمیان کاٹا جائے، جس سے شریان نمودار ہو جائیگی، اسے بہ سہولت باندھ دیا جائے۔ اور اس امر کی احتیاط رکھی جائے کہ اوتار کے خلاف نہ کھلنے پائیں +

شریان قبضی مقدم کا باندھنا۔ اس شریان کی رفتار اس خط کی سیدھ میں ہوتی ہے جو قصبہ کبریٰ کے قصبہ بے اور قصبہ صغریٰ کے سر کے مابین کی فضا کے وسط سے شروع کیا جائے اور اس فضا کے وسط میں ختم کیا جائے جو دونوں گتوں کے درمیان ہوتی ہے۔ اس شریان کو تین مقامات پر باندھا جاسکتا ہے +

پنڈلی کے بالائی حصے میں اس شریان کا باندھنا :-
شریان کی رفتار میں ایک شگاف بنایا جائے، اور لفافے کو کاٹا جائے اور اس جانب عضلی کو تلاش کیا جائے جو عضلہ قصبیہ مقدمہ اور باسطہ طویلہ لاصابع کے درمیان ہوتا ہے۔ چنانچہ شریان سطح سے دور غشاء بین العظمین (بین القصبین) پر پڑی ہوئی لیگی، جس کے ساتھ دو مرافق دریدیں دونوں پہلو پر ہونگی اور عصب قبضی مؤخر باہر کی طرف +

پنڈلی کے وسط میں شریان کا باندھنا :- مذکورہ بالا

۱۵ فلکس لائکس ڈیجیٹورم +

۱۵ انٹر میکو ریسٹیم +

۱۵ ٹیجس اثنائی کس +

۱۵ اکس ٹنر لائکس ڈیجیٹورم +

۱۵ انٹراشیڈس ہیرین +

۱۵ فلکس لائکس ڈیجیٹورم +

۱۵ فلکس پرایری اس ہیلیوسس +

۱۵ انٹیر پریٹیل آرٹری +

۱۵ ٹیا +

دونوں عضلات کے درمیان کی فضا کو کھولا جائے، جو اس مقام ایک سفید لکیر کی شکل میں اس وجہ سے نمودار ہوتا ہے کہ چربی مقدار لغافہ کے نیچے جمع ہو جاتی ہے۔ رگیں اس مقام پر عموماً عصبیہ مقدمہ اور باسطہ خاصہ ابامیہ کے درمیان ہوتی ہیں اور شریان کے سامنے ہوتا ہے، جبکہ ہٹانے کی ضرورت ہے۔

زیریں ثلث میں شریان کا باندھنا۔ شریان کی ر میں ایک شگاف بنایا جائے، جو مفصل کعب کے ٹھیک اوپر سے ہو۔ اور دوقیراط کے فاصلہ تک اوپر چڑھے، پھر لغافہ غائرہ اور ر کا بالائی حصہ کاٹا جائے۔ اب رگیں عضلہ عصبیہ مقدمہ اور باسطہ ابامیہ کے وتروں کے درمیان ملیں گی جن سے باہر کی طرف عہ شریان ظہر القدم کا باندھنا۔ یہ شریان دونوں گٹوں

درمیان کی فضا کے وسط سے اس مقام تک چلتی ہے جو پہلی دوسری عظم مشطی کے قاعدوں کے درمیان ہوتا ہے۔ اس لئے شگاف اس مقام پر بنایا جائے اور گہرے لغافے کو کاٹا جائے تاکہ عہ باسطہ خاصہ ابامیہ کے وتر اور عضلہ باسطہ قصیرہ اصبعیہ کے اندر کے درمیان نظر آئے۔ پہلا عضلہ شریان پر عبور کرتا ہے اور اند جانب ہوتا ہے، لگاتار یہ شریان آسانی سے نہیں ملتی، اس صورت اسکی تلاش کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اسکو ایک ایسے شگاف سے کاڑ

۱۔ اکس ٹنر پریپری اس ہیلیوسس +

۲۔ مٹا کار پل بون +

۳۔ اینکل +

۴۔ اکس ٹنر پریپری آسٹا ہیلیوس

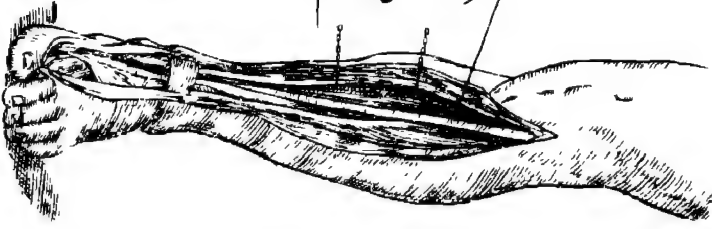
۵۔ ڈارستے لس پیتس +

۶۔ اکس ٹنر ہیریوس ڈیجی ٹوم +

متعلق صفحہ

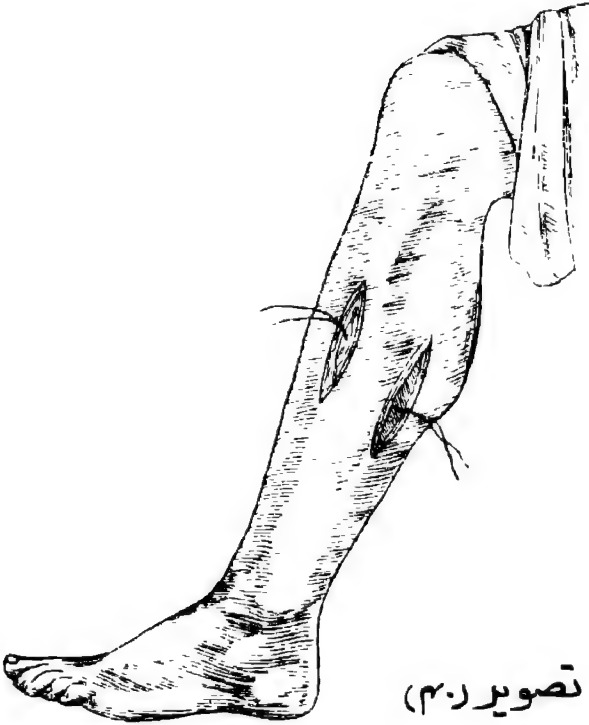
۲۷۰

شریان قبضی مقدم



تصویر (۳۹)

شریان قبضی مقدم کے مجاورات



تصویر (۴۰)

شریان شظوی اور قبضی مقدم کا دسطاق
میں باندھا

جائے جو ہڈیوں تک پہنچے، پھر اس شریان کو جریان خون کے نقطہ پر تلاش کیا جائے +

شریان شغولی کا باندھنا۔ ہنڈلی کو اندرونی پہلو پر رکھا جائے، اور قصبہ صغریٰ (شغلیہ) کے وسط کے پچھلے کنارے کے طول میں ایک شکاف بنایا جائے۔ پھر عضلہ نعلیہ کے بیرونی کنارے کو تعین کر کے اندر کی طرف کھینچ لیا جائے، اور ضرورت کے وقت اس کے انتہائی ریشوں کو کاٹ دیا جائے، اس عمل سے عضلہ قابضہ طویلہ بہا میہ کھل جائیگا، اس کو اس طریقہ سے چیرا جائے کہ قصبہ صغریٰ کا پچھلا اندرونی کنارہ مل جائے، شریان اسی کنارے کے قریب ایک عظمیٰ ترقی نالی کے اندر پڑی ہوئی لیگی +

وَحَاتِ يَاسَلَعَاتِ عَرَوَقِيَه

دحمیہ یا سلعہ عروقیہ، عروقی نیچے کی غیر طبعی انفرائش کو کہتے ہیں جو رسولی کی صورت میں جلد یا جلد کے نیچے کی ساخت میں یا غشاء مخاطی کے نیچے بن جاتی ہے۔ عروق رسولی گاہے پیدا ہوتی ہیں، اور گاہے پیدا ہونے کے بعد جلد ہی نمودار ہو جاتی ہے۔ علیٰ ہذا گاہے یہ خود بخود تحلیل ہو کر غائب ہو جاتی ہے، گاہے اس میں جھم میں سورج و رہتی ہے، اور گاہے بہرعت بڑھنے لگتی ہے۔ ایسی رسولیاں شرایین

۱۵۵ آسیو پونی رو ملک کینال +

۱۵۶ نیوانی (انجیو سینا) +

۱۵۷ پرنیل آرٹری +

۱۵۸ نعلیہ۔ رسولی اس

۱۵۹ فلکس رائس پری پری اس +

کی انتہائی باریک شاخوں میں، یا عروق شعریہ میں یا وریدوں میں ہوا کرتی ہیں +

اسی نوع کی پیدائشی رسولی عروق جاذبہ میں بھی ہو سکتی ہے، جسے وحمہ مائیدہ کہتے ہیں +

شترنیات کی رسولیاں :- ان رسولیوں کو انورسائے وکوالیم (مُتَلَفِفَة) کہتے ہیں، جو عموماً شریانِ صدغی کی شاخوں کو ماؤف کرتی ہیں بعض حالتوں میں کسی گزشتہ ضرب کی سرگزشت مریض میں پائی جاتی ہے، چھوٹی رگیں پھیل کر بگڑا ہو جاتی ہیں اور پھر بتدریج بڑی شاخیں بھی متاثر ہو جاتی ہیں۔ مریض کو سر میں سلسل گنگناہٹ اور بعضہا ہٹ محسوس ہوتی ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ رگوں کے اندر طینت کی آواز پیدا ہو جاتی ہے +

اگر اس قسم کی پھیلی ہوئی رگوں میں چوٹ لگ جائے تو شدید نزت کا خدشہ ہوتا ہے +

علاج :- ماؤف عروق کو قطع کر کے خارج کرنے کی کوشش کرنی چاہئے مگر یہ علاج کافی طور پر اطمینان بخش نہیں۔ رسولی کو بجلی سے گاسے جلایا بھی جاتا ہے +

وحمہ شعریہ (عروق شعریہ کی رسولیاں) :- سُرخ سُرخ یا انگوٹنی رنگ کے جھٹوں کی صورت میں جلد یا غشاء مخاطی میں ہوتی ہیں۔ عموماً یہ

۱۔ وحمہ مائیدہ

۲۔ وحمہ مائیدہ

۳۔ وحمہ مائیدہ

۴۔ وحمہ مائیدہ

۵۔ وحمہ مائیدہ

۶۔ وحمہ مائیدہ

۷۔ وحمہ مائیدہ

۸۔ وحمہ مائیدہ



تصویر (۴۳)

دار الفیل دیدانی خصبہ اور قضیب میں
(ایک جا پانی شخص کے اندر)

اگر دن اور چہرے پر چھوٹے بڑے دھبوں کی صورت میں نمودار ہوتی ہیں،
 مگر گاہے استعدروسین ہوتی ہیں کہ آدھے بدن کو ڈھانپ لیتی ہیں +
 علاج :- بڑی رسیوں کو اونکی وسعت کے باعث کاٹ کر خارج کر دینا
 علی العموم نامکن ہوتا ہے۔ مگر چھوٹی رسیوں کو ایسے مقامات سے جہاں
 بدنماداغ رہنے کا اندیشہ نہو کاٹ کر نکال دینا چاہئے۔ شعاع انجن یا شامیر
 ریڈیم کے استعمال سے رسی جل جاتی ہے، اور اسپرینفی ندبی سخت
 بن جاتی ہے اور داغ بھی چنداں بدنامیں ہوتا۔ گاہے اوریہ کاویہ مثلاً
 حامض نمکی مخلوج دکا ربونک ایسڈ اسنو) یا حامض سورجی رتیزاب
 شورہ نائٹریک ایسڈ) سے جلادینا مفید ہوتا ہے، گاہے کئے حقیقی سے
 بھی جلایا جاتا ہے، جب رسی کا کاٹ کر خارج کرنا مناسب ہوتا
 ہے، مثلاً جب پپٹوں کے قرب وجوار کی رسی ہو تو رسی کے اندر
 کئے حقیقی کے ساتھ متعدد چھید کئے جائیں، اور اس مقصد کے لئے
 باریک سوئی استعمال کی جائے +

گاہے تحلیل ترقی (تحلیل کربائی - وغز برقی) کے ذریعہ بھی داغ
 دیتے ہیں +

وہ دھماکے جو جلد کے نیچے کی ساخت کو مافوق کرتی ہیں، وہ تمام
 ورم اور ادھار پیدا کر دیتی ہیں، جنکے اوپر صحیح جلد کا استر ہوتا ہے۔ ایسی
 رسیاں اکثر غلطی سے اکیاس جلد پر سمجھ لی جاتی ہیں۔ جلد کے نیچے کی
 عروقی رسی کا علاج استیصال (کاٹ کر خارج کر دینا) ہے۔ ورم

۱۵۲ اکثر دلائی سس +

۱۵۳ نائبروسکیٹ ریشل شو +

۱۵۴ اور مائٹسٹ +

۱۵۵ اچوال کاٹری +

تغیہ (دحمہ و ریدہ) :- عموماً یہ جلد کے نیچے ہوتی ہیں، مگر گاہے اندرونی
 اعضاء میں بھی پائی جاتی ہیں۔ ان کی ترکیب خون کی وسیع نصاؤں
 اور جرفوں سے ہوتی ہے۔ ان جرفوں کے اندر بطانہ (بشرہ باطنہ) کا اثر
 ہوتا ہے۔ جن کے اندر شریانیں براہ راست، بلا واسطہ عروق شعریہ،
 داخل ہوتی ہیں۔ ان رسولیوں کا رنگ نیلگوں ہوتا ہے۔ جب مریض
 کھانا کھاتا ہے، یا نیچے کوزہ رکھتا ہے تو حجم میں زیادہ بڑھ کر او بھرتی
 ہیں، ان رسولیوں کی شکل نرم و نرم کی سی ہوتی ہے، جن میں تڑپ
 نہیں ہوتی۔ انکا حجم دبانے سے گھٹ جاتا ہے، اور پھر دوبارہ جب ہٹایا
 جاتا ہے، تو دوبارہ بھر جاتی ہیں +

علاج :- ایسی تحت الجلد کھنٹی رسولیوں کا علاج بھی یہی ہے کہ انکو کاٹ کر
 نکال دیا جائے۔ اگر یہ کسی وجہ سے ممکن نہ ہو، تو تحلیل برقی استعمال کی جائے
 تاکہ ان رکتوں کو جذب ہو جائے۔ اور اسکے بعد وہ ریشوں میں تبدیل ہو جائے
 گا۔ تب اس کے اندر کو دلتا ہوا پانی پھینکا کری سے داخل کیا جاتا ہے، جو
 مفید ثابت ہوتا ہے +

وریدوں کے سلعات و حمیہ :- یہ نہایت شاذ ہوتے ہیں،
 اور بڑے پیمانہ پر ورید کو پھیلا دیتے ہیں۔ ضرب یا تقرح کے اثر سے انہیں
 شدید نزن کا احتمال رہتا ہے +

انتباہ تام سلعات عروقیہ کے جراحی اعمال میں شدید سیلان
 خون کا سخت خدشہ ہوتا ہے، اور سیلان بلحاظ رسولی کے حجم
 کے کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ اس لئے سیلان خون کی بخوبی روک تھام

۱۔ سلعات و حمیہ - انجی سے شش ٹیو مرز +

۲۔ کیورنس بیوس +

رکھنے کے لئے پورا پورا انتظام بنظر تقدّم باحفظ پہلے سے

رکھنا چاہئے +

سلعات عروقیہ کا ہے لب، گالوں، مسوڑھوں، اور تالو وغیرہ کی مخاطی جلیوں کو بھی ماؤن کر دیتے ہیں، اور ان میں سے بعض عضلات کے اندر بھی ہوتے ہیں +

چھوٹے بچوں کی رسیوں کے علاج میں رسی کی افزائش کی قیام اور بچے کے بڑھنے کی رفتار (ہر دو) کا بخوبی موازنہ کرنا چاہئے۔ بعض رسیاں خود بخود اچھی ہو جاتی ہیں، اور انکا اندرونی مرکزی حصہ یعنی بنکر زرد بڑ جاتا اور سرکڑ جاتا ہے +

سلعہ وحمیہ شحمیہ :- ایک رسی ہے، جو عموماً پیدائشی خلقی، ہوا کرتی ہے، جو دو قسم کی ساخت (نخعی، اور لحمی یعنی عروقی، پر مشتمل ہوتی ہے۔ اسکی خصوصیات گہرا در نصیبی، سلعہ شحمیہ کے مانند ہوتی ہے، جسکی سطح پر پھیلی ہوئی وریدیں یا عروق شعریہ پائی جاتی ہیں۔ وہ اپنے سے اسکا حجم گھٹ جاتا ہے۔ اسکے اندر ضربان (نبضان) اور ارتعاش نہیں ہوتا +

علاج :- اسکا علاج محض استیصال دکاٹ کر خارج کر دینا ہے +

فصد

فصد یا ورید کو کھولنا طبی (غیر جراحی) مریضوں میں خون خارج

۱۔ سلعہ وحمیہ شحمیہ - نروڈنی پوما +

۲۔ فصد - دینی کشن +

۳۔ سلعہ شحمیہ - بی پوما +

کرنیے لئے متعل ہے۔ اور جراحی مریضوں میں اسلئے کہ شدید نزف کے بعد
سہیال نلیکن کا احقان مقصود ہوتا ہے +

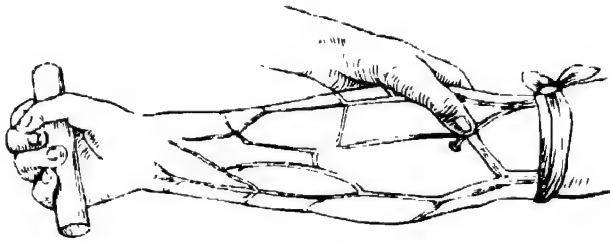
سہیال نلیکن پہنچانے کے لئے باسلیقی متوسط بہترین وریڈ ہے
پہلے ہاتھ کے گرد ایک بندش اس غرض سے لگائی جاتی ہے کہ وریڈی خون
کی واپسی سدود ہو جائے۔ جب وریڈ خوب او بھرتی ہے تو اس کے
اوپر کی جلد میں ایک شگان لگا دیا جاتا ہے، جو ہاتھ کے طول میں ہوتا ہے
مگر وریڈ پر مستقر من شکل میں ہوتا ہے۔ جب جلد کے ہٹانے کے بعد وریڈ
مٹا یاں ہو جاتی ہے، تو اس کی بیرونی دیوار کو بلفٹ (جپٹی) سے پکڑ کر اوپر
قیچی سے لمبا شگان دیا جاتا ہے۔ پھر اس شگان کے اندر ایک انبوٹیم
داخل کر دیا جاتا ہے، پھر انبوٹیم کو اندر بانڈھ کر ہاتھ کی بندش کھول دی جاتی
ہے، اور سہیال نلیکن وریڈ کے اندر داخل کر دیا جاتا ہے +

خون خارج کرنے کے لئے جو قصد کی جاتی ہے، اس کا طریقہ یہ ہے
کہ مریض کو کمیزی پر بٹھائیں۔ یا بسترے پر چپٹ لٹائیں۔ مریض کو کھڑا کر کے
و قصد کرنا مناسب نہیں، اس سے غشی جلد آ جاتی ہے۔ کہنی کے سامنے
کی جلد یا کس کی جائے۔ نشتر (بھٹک) کو پاک (مُعَقَّم) کیا جائے، بازو کو ایک
بند سے استدر کس کر بانڈھیں کہ وریڈی خون کا جریان رک جائے، مگر
شریانی خون کی آمد جاری رہے۔ جراح کے لئے یہ ضروری ہے کہ دستکاری
شروع کرنے سے پہلے اپنے ہاتھ کو قاعدہ سے پاک کرے۔ پھر مریض کے
ہاتھ میں کوئی چیز مثلاً لکڑی کا ٹکڑا (دی جائے کہ وہ اسے زور سے پکڑے

۱۔ مین بڑیک +

۲۔ لین سٹ +

۳۔ کینولا +



تصویر (۳۱)

نصف

اس سے وریدیں ادھر آتی ہیں۔ اسکے بعد بائیں انگوٹھے سے باسلیقی
توسط کو اپنی جگہ قائم کیا جائے، اور ورید کو چیر دیا جائے۔ فون جو خراج
ہو، اُسے پیالہ میں اکٹھا کیا جائے۔ جب حسب ضرورت کافی خون خارج
ہو چکے، تو وہ لکڑی (عصا) مرہین کے ہاتھ سے ہٹالی جائے، اور اس
اکٹھی ہوئی ورید پر صاف ردئی کی گدی (رنادہ) رکھ کر کس دی جائے۔ بازو
پر جو بند لگایا گیا تھا، اُسے ڈھیلا کر دیا جائے۔ چند روز میں نصد کا
زخم ملتئم ہو جائیگا۔ لگا ہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ عصب جلد ہی انہی کے
بعض ریشے ڈھب میں آجاتے ہیں، جس سے عصبی درد پیدا ہو جاتا ہے
اسی طرح جب نشتر زیادہ گہرائی تک چلا جاتا ہے، تو جرح شریانی پیدی
کے وقوع کا اندیشہ ہوتا ہے +

جاذباتِ رمائیات اور امراض

عروقِ جاذبہ کے آفات

عروقِ جاذبہ کے جروح (جراحات) میں سے محض مجرایے صدر
کی جراحات ہے۔ جب مجرایے صدر بجروح ہو جاتا ہے، تو رطوبت
کیلو شعیہ اس سے بننے لگتی ہے۔ لیکن اس کے دہانے کے بازو ہنے پر

۱۵ لٹے ایک دسلز +

۱۶ تھوڑے سک ٹکٹ +

۱۷ کالی لس ٹلوٹڈ +

۱۸ انٹزل کہتے نیس رزو +

۱۹ سی کیٹ رکس +

۲۰ آر ٹیر یو دے لس ادنڈ +

۲۱ لٹے ٹکس +

زخم بند ہو جاتا ہے، اگر باندھنا ناممکن ہو تو دباؤ ڈالا جائے +
 گائے مجرائے صدر کا دھانہ بند ہو جاتا، یاوب جاتا ہے، جس سے
 غیر معمولی تناؤ پیدا ہوتا ہے، حتیٰ کہ مجرائے صدر پھٹ جاتا ہے، اور چون
 صدر کے اندر رطوبت کیلوسہ یا مایہ رصلیہ (گر کر جمع ہو جاتی ہے) +
 عروق لجا ذبہ کا التهاب حادث۔ یہ ہمیشہ عفونت کے نتیجہ میں
 پیدا ہوا کرتا ہے۔ التهاب روم حار (عموماً جراثیم کے اثر سے پیدا ہوتا ہے)
 مگر گائے محض اور خالص مواد سمیہ (سمین) سے بھی، یہ ابتدائی (اول)،
 کبھی نہیں ہوتا، بلکہ ہمیشہ کسی مرکز عدویٰ سے مثلاً جراثیم یا خراج سے
 ثانوی طور پر لاحق ہوا کرتا ہے۔ التهاب حادث کا اثر دمل عموماً قریب ترین
 غدود جاذبہ تک محدود رہتا ہے، مگر گائے زیادہ بھی پھیل جاتا ہے +

ماہیت مرض۔ جاذبات کی دیواریں ملتبہ رہا التهاب حادث ہو جاتی
 ہیں، اور متصل ساختیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں؛ چنانچہ جب تفتیح لاحق
 ہوتا ہے، پیپ پڑ جاتی ہے، تو پیپ جس طرح رگوں کے جوٹ کے اندر
 ہوتی ہے، اسی طرح اس کے باہر بھی پائی جاتی ہے +

علامات:- رزدہ (نافض) اور بخار، درد سر، بھوک کی کمی، اور سرخ
 لکیریں جلد کے اندر پائی جاتی ہیں، جو اصلی مرکز (محل مرض اصلی) سے قریب
 ترین غدود جاذبہ تک پڑھتی ہیں۔ مودم عروق جاذبہ میں درد اور مضاضت
 (نزاکت) ہوتی ہے، ان رگوں کی رفتار میں کچھ کچھ فاصلہ پڑ گا ہے چھوٹے

۱۵ اکریٹ لمفین جالی ٹس +

۱۵ لمف ٹک گلینڈز +

۱۵ ٹاکسین +

۱۵ ٹنڈر ٹس +

۱۵ ڈکس آن ان ٹکسن +

جھوٹے پھوڑے بن جاتے ہیں۔ گاہے گلیٹیوں کے اندر پیپ پڑ جاتی ہے۔
مریض کی ہلاکت تعض دلم یا قلعج دلم سے ہوتی ہے +

علاج :- اصلی اور ابتدائی مرکز عفونت کو پاک کیا جائے، تاکہ سمیت
کے نفوذ کا سلسلہ بند ہو جائے، عروق جاذبہ کا علاج گرم تھکیدوں سے
کیا جائے، اگر پھوڑے ہوں، تو انکو چیرا جائے، آرام سے مریض کو رکھا
جائے، کنکرنہ دکنین کا استعمال کرایا جائے، اور اچھی غذا دی جائے +

عروق جاذبہ کا التهاب مزمن گاہے سوزاک، قرصہ، رخوہ،
ابتدائی آتشک، اور جلد کے مرض درنی میں پیدا ہو جاتا ہے۔ علاج یہ
ہے کہ ابتدائی (اصلی) مرض کا علاج کیا جائے، ہاں اگر مرض درنی کی
وجہ سے ہو تو ابتدائی مرکز کے ساتھ تمام گرہوں کو خارج کر دیا جائے +

سلعہ جاذبہ (عروق جاذبہ کی رسولی، تقریباً خلقی دپیدائشی)،
ہوا کرتی ہے، جس کی ترکیب میں عروق جاذبہ اور شیخ خلوی پائی جاتی
ہے۔ اسکی دو قسمیں ہیں :- شعرشہ اور کمفیہ +

(۱) سلعہ جاذبہ شعرشہ عموماً پیدائشی ہوا کرتا ہے۔ لیکن بسا اوقات
بچہ کی پیدائش کے ساتھ یہ تیزی سے ترقی پکڑتا ہے، اور بڑے حجم
تک پہنچ جاتا ہے۔ اسکا رنگ زردی مائل بھورا ہوتا ہے، اور جلد
میں اس کے چھ (دھات) پکنے یا مسے کی شکل کے ہوتے ہیں +

۱۵ لم فین جیوما +

۱۶ کپلری لم فین جیوما +

۱۷ کیورنس لم فین جیوما +

۱۸ سٹیسیا +

۱۹ پائی میا +

۲۰ کرانگ لم فین جائی ٹس +

۲۱ شافٹ مشکر +

علاج ۱۔ استیصال (خارج کر دینا) ہے +

(۲) سلعہ جاذبہ کہفہ میں عروق جاذبہ اپنی انہولی شکل
رنالی کی شکل (کو چھڑک کر تیلی کی صورت اختیار کر لیتی ہیں، اس وجہ سے
اسکے اندر خلا میں پیدا ہو جاتی ہیں، جس میں عروق جاذبہ کے منہ آکر کھلتے ہیں
یہ گاہے جلد میں پیدا ہوتا ہے، اور نڈ کی طرح اس سے چھوٹے چھوٹے مبلے
نمودار ہو جاتے ہیں، جو التهاب کی علامتوں سے خالی ہوتے ہیں۔ اس کا
علاج چیرنا اور داغنا (گٹی) ہے +

گاہے گہری ساختوں میں، علی الخصوص گردن میں، انتفاخات
(سوجن) پیدا ہو جاتے ہیں جنکے اندر متعدد جیوب (خلا میں) ہوتی ہیں؛
انکو سلعہ مائیکہ کہتے ہیں، کہا جاتا ہے، ان کو چیر کر (تشریح سے) خارج کرنا
دشوار ہوتا ہے، اسلئے کہ یہ اکثر اوقات محدود نہیں ہوتے، بلکہ بہت
پھیلے ہوئے ہوتے ہیں، لیکن اگر یہ تیزی سے بڑھ رہے ہوں، تو ایک مرتبہ
کوشش کر کے دیکھ لینا چاہئے +

تند و جاذبات (عروق جاذبہ کا پھیل جانا)، جب عروق جاذبہ
کی کوئی بڑی رگ التهاب کی وجہ سے یا ندبات کے دباؤ کی وجہ سے بند
ہو جاتی ہے، تو عروق جاذبہ پھیل کر عروق دوائیہ کی شکل اختیار کر لیتی ہیں
فیوض دموہ بشریہ نامی کیڑوں کی موجودگی کی وجہ سے اس قسم کی صورتیں
زیادہ ہوتی ہیں، جگر کے صلب ہونے سے نکالے جاتے ہیں۔

۱۔ ہر پیر +	۲۔ ہر پیر +
۳۔ سس ٹک ہائی گردنا +	۴۔ ہر پیر +
۵۔ سس ٹک ہائی گردنا +	۶۔ ہر پیر +
۷۔ سس ٹک ہائی گردنا +	۸۔ ہر پیر +

جس سے رطوبت کیلوسید جو شکم یا جوف صدر میں گر جاتی ہے ۔
 قلیلہ کیلوسید میں دودھ جیسی رطوبت (جو بعض اوقات کیلوس ہوتی ہے)
 خصبہ کے طبقہ غذائے میں آ جاتی ہے؛ جو کسی عرق جاذب کے انسداد کا
 نتیجہ ہوتا ہے +

دار الفیل (مرض فیلپا) خیوط نامی کیڑوں کی وجہ سے پیدا ہوتا
 ہے، جو عروق جاذبہ کی بڑی رگوں (آجذاع جاذبہ) کو بند کر دیتے ہیں۔
 اس قسم کو دار الفیل حقیقی یا دیدانی کہتے ہیں۔ اسی کو دار الفیل عربی
 بھی کہتے ہیں۔ اس کے مقابلہ میں دار الفیل کی دوسری قسم کا ذب یا غیر
 دیدانی ہے، جو عروق جاذبہ کے التهاب حاد کے بار بار حملوں کا نتیجہ ہوتا
 ہے، جیسا کہ پاؤں کے مزمن قرصہ میں، یا درنی و سرطانی افزائشوں
 کی وجہ سے رگوں کے انسداد کی حالت میں ہوتا ہے۔ لیکن ان دونوں
 قسموں میں مندرجہ ذیل تین عوارض پائے جاتے ہیں۔

(۱) اوزیائے صلبہ (سخت ورم تنہی) یا اوزیائے مائید (مفاوید)
 جس سے زیر جلد ساخت سخت، اور بہت متورم ہو جاتی ہے، اس قدر
 سخت کہ دبائے سے عام اوزیاء کی طرح اس میں دباؤ کا نشان نہیں پڑتا
 (۲) جلد اور زیر جلد ساخت بہت غلیظ اور موٹی ہو جاتی ہے، اور اس کا

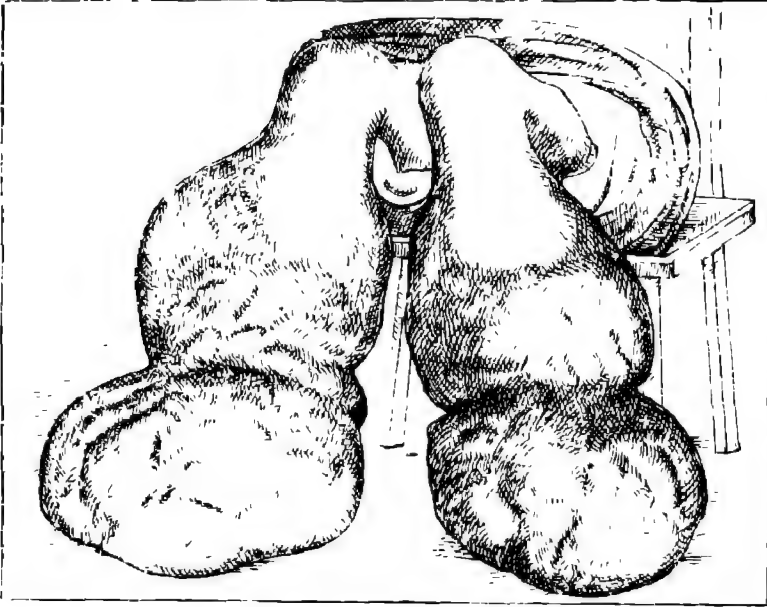
۱۔ سیوڈو ایلی فین ٹی اے سس +	۲۔ کائی س ہائیڈرو سیل +
۳۔ تن فائی بیریل ایلی فین ٹی اے سس +	۴۔ ٹیونیکا و جائی نے لس +
۵۔ سولڈ اے ڈیما +	۶۔ ایلی فین ٹی اے سس
۷۔ لفٹیک ایڈیما +	۸۔ فائی لیریا +
	۹۔ ایلی فین ٹی اے سس ایرے بم +

منظر قبول (رستہ) کے مانند ہو جاتا ہے۔ (۳) گاہے نواسیر مائیدہ پائے جاتے ہیں، یعنی عروق جاذبہ حلمات کے اندر پھیل کر تھیلیوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، جن سے پھٹنے کے بعد بکثرت مائیت خارج ہوتی ہے۔ پھر جب ان میں تعفن لاحق ہو جاتا ہے، تو مزمن تقرح اور عروق جاذبہ کا التهاب متکرر بار بار لوٹنے والا التهاب) پیدا ہو جاتا ہے +

۴ وار الفیل حقیقی (ویدانی، عزنی) اسے رُخل یریدی بھی کہا جاتا ہے۔ یہ ٹھنڈے ممالک (مثلاً انگلستان) میں شاذ و نادر اور گرم مقامات مثلاً ہندوستان و جنوبی امریکہ میں بکثرت ہوتا ہے، یہ زیادہ تر سنڈلیوں، صفن، اور عورتوں کی اندام نہانی (فرج) میں لاحق ہوتا ہے، اگرچہ گاہے چہرے اور حجابیوں میں بھی عارض ہوتا ہے۔ اس میں زیر جلد ساخت کے اندر مختلف حجم کی ضخامت (غلظت) پیدا ہو جاتی ہے، جلد غلیظ اور مسوں کے مانند بن جاتی ہے، جس سے گاہے رطوبت مصلیہ ہتی رہتی ہے۔ گاہے اس مرض کی وجہ سے اجزاء مآؤفہ کا حجم غیر معمولی طور پر بڑھ جاتا ہے۔ یہ مرض مدتہائے دراز تک قائم رہتا ہے اور بالذات مہلک ثابت نہیں ہوتا +

اس مرض کا حقیقی سبب، جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، خیوط دمویہ بشریہ ہوتے ہیں، جو عروق جاذبہ کو بند کر دیتے ہیں۔ یہ کپڑے مجھروں کے

۵۵ کرائیک السرے شن +	۵۵ لہ بنے ٹک فچولی +
۵۶ ریکرنٹ لم فین جانی ٹس +	۵۶ لہ بے پٹی +
۵۷ بارے ڈونگ +	۵۷ لہ لف +
	۵۸ انفکشن (سپس) +



تصویر (۴۲)

دار الفیل غیر دیدانی (کاذب) دونوں ٹانگوں میں ،
جوانگلستان کی ایک عورت کو ہو گیا تھا +

ذریعہ پھیلتے ہیں، جبکہ جسم میں ان کیڑوں کا دوسرا متوسط پورا ہوتا ہے چنانچہ کوئی مردہ مچھر مع اپنے شمولات کے (جبکہ اندریہ کیڑے بھی ہوتے ہیں) پانی کے اندر گر جاتا ہے، اور انسان اس پانی کو استعمال کرتا ہے، تو اس کیڑے کے انڈے انسان کے معدہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ ان انڈوں سے کیڑے (نقث) آزاد ہو کر معدہ کی غشا رخا طلی کو چھیدتے، اور آخر کار عروق جاذبہ تک پہنچ کر اس کے اندر ٹھہر جاتے ہیں (علی الخصوص اطراف کی عروق جاذبہ میں)۔ ایک شخص کے اندر ان کیڑوں (خیوط) کی تعداد (رباع کیڑوں کی تعداد) دو تین جوڑے سے زیادہ نہیں ہوتی۔ اس جوڑے کے مؤنث مادہ کا جسم جو تین قیراط تک لمبا ہوتا ہے، اعضا متناسل پر مشتمل ہوتا ہے، اور خیوط جنینیہ کی بہت بڑی تعداد اس سے پیدا ہو جاتی ہے۔ ان میں سے بعض افضیہ مائیہ کے اندر بن کھا کر انسداد مائیہ (دوران مائیہ کے انسداد) کا سبب بن جاتے ہیں، اور ان میں بعض بلا رہیں ہوتے، اور انکی لمبائی یہ قیراط ہوتی ہے جو خون میں باکر شامل ہو جاتے ہیں ان میں بعض دن کے وقت جاتے ہیں، (خیوط ناریہ) اور بعض رات کے وقت (خیوط لیلیہ)۔ خرد بین سے انکا مشاہدہ کرنا آسان ہے، پھر جب مچھر جسم انسان کا خون پیتا ہے، تو اس خون کے ساتھ یہ خیوط جنینیہ مچھر کے جسم میں داخل ہو جاتے ہیں۔

۱۔ لٹھے تک اسپینر +	۲۔ انڈے جی ایٹ اسٹیج +
۳۔ لٹھے تک آیس ٹرکشن +	۴۔ نقث (ینگ وارم) وہ بچہ جو ابھی
۵۔ فائی لیریا ڈی آر نا +	انڈے سے براہ ہو رہا ہو +
۶۔ فائی لیریا ناک ٹر نا +	۷۔ امبرائی نک فائی لیری ای +

جس سے نئی نسل کا سلسلہ شروع ہو جاتا ہے +
 علاج :- اسکا کوئی علاج پورے طور پر کامیاب اور اطمینان بخش نہیں
 ہے۔ قسم دیدانی میں دیدان کو خارج کر دیا جائے، بشرطیکہ ان جوان کیڑوں
 کی صحیح جگہ معلوم ہو جائے، جیسا کہ بعض حالات میں ممکن ہوتا ہے۔ اگرچہ
 اسکے بعد بھی گا ہے دورانِ مائی کا انسداد برقرار رہ جاتا ہے۔ اس انسداد
 کا علاج، دونوں قسموں دیدانی وغیرہ دیدانی، میں یہ ہے کہ عضو کو بلند رکھا
 جائے، اور پچکاردو باؤ (ضغط لائن) ڈالا جائے، لیکن جب مرض اسوجہ
 سے ہو کہ کنج ران کے اندر اس انسداد کی صورت واقع ہوئی ہو، تو بعض
 اوقات یہ ممکن ہوتا ہے کہ پھولی ہوئی عروق جاذبہ (جذاع جاذبہ) کو تلاش
 کر کے ورید صاف کی کسی شاخ (با جگزار) کے ساتھ اسکا پیوند کر دیا
 جائے، تاہم عضو سے امتلاء مائی دور ہو جائے۔ بعض لوگ دورانِ مائی
 کو دوبارہ جاری کرنے کے لئے مصنوعی راستے اس طرح بناتے ہیں کہ
 جلد کے نیچے ریشم کا نہایت پاک (معقم) ڈورا متورم مقامات میں داخل کر کے
 اسی طرح مدفون چھوڑ دیتے ہیں، اور ان کو میاں سے تندرست ساختوں
 تک پہنچا دیتے ہیں۔ یہ عمل رطوبات کو بہانے کے لئے اُس وقت بھی مفید
 پڑتا ہے، جبکہ سرطانِ ندی کے اخیر درجات میں لگا ہے ہاتھ مڑا اور
 غلیظ ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ طریقہ زیرین اطراف میں جاذبیت (کشش ثقل) کی
 تاثر کی وجہ سے کم مفید پڑتا ہے اگر مریض چاہے، اور مرض اطراف میں ہو تو عملِ تبرکیا
 جاسکتا ہے، اور اگر یہ مرض صغیر میں ہو، تو ماؤف ساختوں کو با احتیاط

۱۔ اس رنگ پر شر +

۲۔ اس رنگ سے فے نس وین +

۳۔ اس رنگ پر کس +

تمام چیرا جائے، قضیب اور خصیوں کو ہٹا لیا جائے، اسکے بعد صفن کو کاٹ کر خارج کر دیا جائے۔ مگر جلد اتنی باقی رکھی جائے، جو خصیوں کی پریشش کے لئے کافی ہو۔ جریان خون کو روکنے کے لئے رباط صنایعظ (مضغظ) استعمال کیا جائے۔

غدد جاذبہ (غدد مائیدہ) کے جراحی مرض

غدد جاذبہ کا التهاب حادث کثیرا توقع اور عام ہے۔ جریاسیات (سینات) یا جراثیم کے انجذاب سے پیدا ہوتا ہے +

ماہیت :- استلارخون اور ترشح کی وجہ سے گلیاں سُرخ، سخت اور بڑی ہو جاتی ہیں۔ جب جراثیم قحیہ کی وجہ سے یہ صورت پیدا ہوتی ہے، تو متعدد بقعات میں تفتح نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ التهاب غدد سے محیط غدد تک جلد ہی پھیل جاتا ہے (التهاب محیط غدد) اور گلی کی پھیلی کر پھاڑ کر پیپ بیرونی سطح پر آ جاتی ہے +

علامات :- التهاب کی عمومی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ گلیاں بڑھی ہوئی (متورم) محسوس ہو سکتی ہیں، اور ان مقامات میں مناضضت (نزاکت) آ جاتی ہے۔ اگر تفتح لاحق نہیں ہوتا، تو درد ہٹ جاتا ہے، اور سوختن بند پڑ جاتا ہے۔ لیکن جب ان میں پیپ پڑ جاتی ہے، تو گلیاں متصلہ ساختوں اور جلد کے ساتھ چپٹ جاتی ہیں، ان کے اوپر سُرخ نمودار ہوتی ہے، اور توج پایا جاتا ہے، جو پیپ کی موجودگی کی علامت

۱۵ پیری ایڈی نائی ٹس +

۱۶ ٹارنی کیٹ +

۱۷ ایکوٹ ایڈی نائی ٹس +

ہے۔ بفل اور گردن جیسی ڈھیلی ساختوں میں گاہے اس کے ساتھ ورم
فلنٹنی منتشر پیدا ہو جاتا ہے +

علاج :- ابتدائی مرکز کا علاج کیا جائے، آرام و راحت بخشی جائے،
متورم گلیٹیوں پر تکیہ نہ کیا جائے، اگر پھوڑا بن جائے، تو اسے چیر دیا جائے
التهاب غدی مفر من (غدد جاذبہ کا التهاب مفر من) کی تین
قسمیں ہیں :-

(۱) بسیط یا سادہ (۲) افرنجی یا آتشکی (۳) درنی یا سلی +

(۱) غدد جاذبہ کا التهاب مفر من بسیط (سادہ) : اعضا
محیطہ (اعضاء و اطریہ) کے خراش و ہیجان کی وجہ سے یہ صورت پیدا
ہوتی ہے، مثلاً پڑانے قرحوں سے، جوؤں کے کاٹنے سے، چھانچن کی وجہ سے
وجہ سے، اور بُرے دانتوں سے۔ اس مرض میں گلیٹیاں متورم اور
دردناک ہو جاتی ہیں، مگر ایک دوسرے کے ساتھ ملتصق نہیں ہوتیں
نیز ان میں تسخ کی طرف میلان کم ہی ہوتا ہے +

علاج :- خراش و ہیجان کا جو ذریعہ ہو، اسے دور کیا جائے، اور
عضو ماؤت کو آرام سے رکھا جائے۔ اس علاج کے باوجود اگر گلیٹیوں کا
ورم قائم رہے، یا بڑھتا جائے تو سمجھنا چاہئے کہ نالبا یہ التهاب قسم
ورنی کے قبیلے سے ہے۔

(۲) غدد جاذبہ کا التهاب مفر من افرنجی (آتشکی) : آتشک
کے مختلف درجات میں گلیٹیوں کے اندر مختلف قسم کے عوارض پیدا

۱۔ ڈیفیو زسلولائی ٹس +

۲۔ پیری فیل +

ہوتے ہیں +

(الف) آتشک کے ابتدائی درجہ میں ابتدائی زخم کے قرب و جوار کی گلیٹیاں التهاب غیر موملم میں مبتلا ہو جاتی ہیں۔ اس صورت میں تفتیح کبھی نہیں لاحق ہوتا، تاوقتیکہ اس کے ساتھ ساتھ جراثیم فحیلہ بھی جذب نہ ہو جائیں +

(ب) آتشک کے دوسرے درجہ میں بہت سی گلیٹیاں متورم ہو جاتی ہیں، علی الخصوص گردن کی پچھلی لڑی کی گلیٹیاں۔ یہ چھوٹی، سخت بے درد (غیر موملم) ہوتی ہیں، اور ان میں پیپ نہیں پڑتی ہے +

(ج) آتشک کے تیسرے درجہ میں گاہے ان گلیٹوں کے اندر ورم صمغی لاحق ہو جاتا ہے، یا یہ متفع ہو جاتی ہیں، جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ جب ورم صمغی پھٹتا ہے، تو اس سے جراثیم اندر چلے جاتے ہیں + تینوں صورتوں میں اسکا علاج یہ ہے کہ آتشک کا علاج کیا جاوے۔

(۳) غدد جاذبہ کا التهاب دیرینی مزمین بکثرت میں سال سے کم عمر والوں میں لاحق ہوتا ہے، لیکن دوسری عمروں میں بھی نمودار ہوا کرتا ہے۔ اسکا سبب متعدد (سبب مہینتی) مرض درنی کی موروثی منتقل ہوتی ہے، یا قوت حیوانیہ (قوت حیات) کی کمی جو کہ تازہ ہوا، اور اچھی غذا کے دلنے سے لاحق ہوتی ہے۔ غدد جاذبہ کا التهاب مزمین سادہ عموماً زمین کو کاشت کے لئے تیار کرتا ہے، یعنی یہی التهاب حاد چند روز میں التهاب مزمین کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ عسفی نامی جراثیم

لے پاپو جے تک مائی کرو آد گے زمزم +	لے کہ انک ٹیو بکوس ایڈی نائی ٹس +
لے گم	لے پری دس پنڈنگ کار + لے بیسی لائی +

کسی جلدی خراش کی راہ، یا ناتندرست لوزتین یا لوزات طلقیہ کے ذریعہ اندر داخل ہو کر خون یا مامیت (رطوبت عروق جاذبہ) میں پونج جاتے ہیں، پھر انکے ذریعہ گلیٹوں تک جا پہنچتے ہیں۔ اس حالت میں زیادہ تر غد غدغنیہ شعبیہ، اور سارلیقیہ (بطنیہ) مبتلا ہوتی ہیں۔ اگرچہ اس میں بدن کی دوسری گلیٹیاں بھی مبتلا ہو سکتی ہیں۔ جب ماسارلیقا کی گلیٹیاں اس میں ماؤف ہوتی ہیں، تو اس حالت کو سیل ماسارلیقی (سل بطنی) کہا جاتا ہے۔

مامیت مرضیہ :- ابتداً گلیٹیاں سادہ طور پر بڑھی ہوئی اور سخت ہوتی ہیں، اس کے اندر اور ان رگہیں (نگلی آنکھ سے نظر نہیں آتے، لیکن خرد بین سے صاف معلوم ہوتے ہیں) کم و بیش عرصہ کے بعد ان میں استخارہ صُغی لائق ہو جاتا ہے، یعنی ان کے اندر پیر صیا مادہ بن جاتا ہے۔ اس کے بعد دو صورتوں میں کوئی ایک لائق ہوتی ہے، یا رُصی مادہ (سُجَر) (سُکَلش) ہو جاتا ہے، اور یا اس میں کَفَح کی صورت نمودار ہوتی ہے؛ یہی اخیر صورت زیادہ ہوا کرتی ہے۔ غد درنیہ کے قفح سے مراد یہ ہے کہ ان گلیٹوں کی سیج درنی (سلی ساخت) شیرہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے (تَحَلُّب) پھر کم و بیش مدت کے بعد جراثیم

۵۶ ٹے بیز سنٹرکا +

۵۷ ماسلر +

۵۸ کیسی اے شن +

۵۹ ایڈی ناڈز +

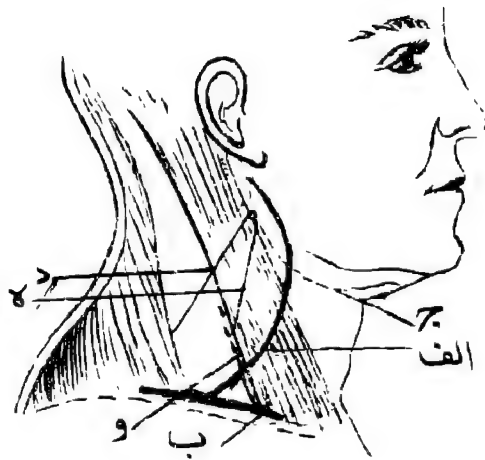
۵۹ کیسی فی کیشن +

۶۰ سرو ایکل گلیڈز +

۵۹ امسی فی کیشن +

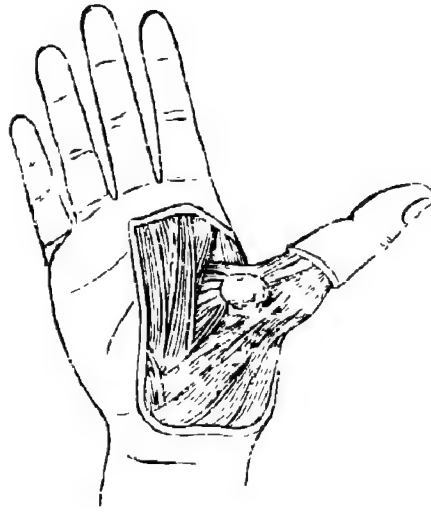
۶۱ براکیل گلیڈز +

۶۲ سنٹرک گلیڈز +



تصویر (۲۲)

ردن کے غدود ورنیہ کے استیصال کیلئے مختلف شگان
 الف اور ب دونوں مثلثوں کی گلیٹوں کے اخراج کے لئے +
 ج (اقلیم تحت الفك اور اقلیم سباتی اعلیٰ کی گلیٹوں کے اخراج کیلئے +
 د) عصب نخاعی اضافی +
 ز (عضلہ تصبیہ علیہ کے کاٹنے کی جگہ +
 و) پچھلے مثلث کے زیریں حصے کی گلیٹوں کے اخراج کے لئے +



تصویر (۱۳۰)

انگوٹے کا خلع جس میں عظم مشطی کا سر عظم قتا بطنہ
تصویر کے دونوں سروں کے درمیان، سلت
کی طرف او بھر آیا ہے۔



تصویر (۱۳۱)

انگلیوں کے خلع کی صورت میں ان کے پکڑنے اور
کھینچنے کا آ۔

عقیمہ پہنچ جانے ہیں۔ ابتداء پر پپ گلی کے غلاف کے اندر بند رہتی ہے لیکن اس کے بعد متعدد گلیاں باہم ملکر ایک بڑا جون (غار) بنا لیتی ہیں۔ پھر التهاب محیط غدہ کی وجہ سے تورم گلیاں متصلہ ساختوں کے ساتھ جڑ جاتی ہیں۔ پھر پھوڑے کا منہ ہیر دنی سطح پر آ کر کھل جاتا ہے، جس کا باریک سا ایک دہانہ یا متعدد دہانے ہوتے ہیں۔ اسکے کنارے باریک ہوتے ہیں، اور اندر کی طرف دبے ہوئے، گویا بلدے کی نیچے کی ساخت کا ڈھوی گئی ہے۔ اس سے مدت دراز تک پپ بہتی رہتی ہے۔ اگر یہ پھوڑا ملتئم ہو جاتا ہے، تو سکڑا ہوا، اسفنجی، نرم نشان چھوڑ دیا جاتا ہے۔

علاج :- (الف) جبکہ التهاب محیط غدہ موجود نہ ہو، عمومی صحت کو ترقی دیجائے، اس مقصد کے لئے تازا ہوا، اور دھوپ سے اراد لی جائے، مرکبات سم الفار، روغن ماہی (دھن الجوت)، مرکبات فولاد اور نہایت اچھی غذائیں دی جائیں۔ درنیں ریڈیو برکولین، کی بچکاریاں اگر دیکھائی ہیں، لیکن جیسی امید کی جاتی تھی، ویسے نتائج برآمد نہیں ہوئے۔ ماؤنٹ جے کو سکون بخشا جائے، خراشاں دیتھج، کے تمام ذرائع کو دور کیا جائے، علی الخصوص اگر بوز تین یا بوزات حلقیہ (الفیہ حلقیہ) عفونی ہوں تو انکا استیصال کیا جائے۔ مقامی چیزوں کا استعمال نہ کیا جائے اس علاج کے دوران میں اگر مرض ترقی پذیر ہونے لگے، تو بہتر یہ ہے کہ گلیٹوں کو خارج کر دیا جائے +

۱۰۰ ٹائلس +

۱۰۰ ایڈی ٹائلس +

۱۰۰ پاپو جے ٹک، ناگرو آرگے نرم +

۱۰۰ پیری ایڈی ٹائی ٹس +

۱۰۰ کالڈیور آمل +

(ب) جبکہ التهاب محیط غدہ موجود ہو، ایسی صورت میں زیادہ تر فیج پیدا ہو جاتا ہے؛ اس لئے ایسی حالت میں بہتر یہ ہے کہ ماؤن گلیٹیوں کو پوری لڑی کو، اور اسکے ساتھ متصلہ چربی کو، عمل تشریح سے صاف کر کے فوراً خارج کر دیا جائے۔ گردن میں، اگر وہ اوج غائر گلیٹیوں کے ساتھ زیادہ چپاں ہو، تو اسکو باندھ کر اور چسپیدہ مقام کو کاٹ کر خارج کر دیا جائے +

(ج) جہاں پھوٹا موجود ہو، اور وہ ابھی کھلا ہوا نہ ہو، ایسی صورت میں گلیٹی کو کاٹ کر خارج کیا جاسکتا ہے، بشرطیکہ پھوٹا چھوٹا ہو؛ لیکن اگر پھوٹا بڑا ہو، تو بہتر یہ ہے کہ اسکی پیسپ عمل امتصاص سے خارج کی جائے۔ اور پھر ایک یا دو ہفتہ میں پورے غدوی رقیہ کو تشریح کے ذریعہ خارج کر دیا جائے +

(د) جبکہ ناصور موجود ہو، جو غالباً عضو فی ہوا کرتا ہے؛ اس لئے بہتر یہ ہے کہ دینی غد کو نکالنے سے پہلے پورے طور پر ناصور کو پھیل دیا جائے رکھ کر دیا جائے) یا اس تک کہ اتحام حاصل ہو جائے اگر اس سے پہلے گلیٹیوں کو خارج کیا جائیگا، تو ممکن ہے کہ نتیجہ ایک بڑے زخم کا عودا عضو فی لاحق ہو جائے +

غذ و جاذبہ کے سلعات

غذ و جاذبہ کے سلعات اولیہ (ابتدائی رسولیاں) دو قسم کے ہیں
 سلفہ مائیدندیہ، سلفہ کیمیہ مائیدہ +

سلفہ اسپانی رشین + سلفہ لفی ڈینوما + سلفہ مغسار کوک +

سلعہ مائید غدیدہ زیادہ تر غد جاذبہ میں، اور بعض اوقات اشار میں لاحق ہوتا ہے۔ اسکے عوارض، کیا بلحاظ تشخیص اور کیا بلحاظ ماہیت بہت مختلف ہوتے ہیں۔ غالباً اس مرض کا سبب ابتدائی عفونت ہوتا ہے۔ اس مرض کی مژمن قسم میں عموماً پہلے گردن کی گلیٹیاں بڑھتی ہیں۔ سخت ہوتی ہیں، ایک دوسرے سے الگ الگ رہتی ہیں، اور بھڑکتی ہیں ہیں، یعنی نہ ان میں استحاگہ جینی ہوتا ہے اور نہ پیپ ٹرتی ہے۔ یہ گاہے خود بخود علاج کے بغیر غائب ہو جاتی ہیں، اور پھر عموماً ایک سوچا رسال کے عرصہ میں یہ مکرر نمودار ہو جاتی ہیں۔ دوسری گلیٹیاں کو شریک مرض کر لیتی ہیں، اور احشاء تک مرض پھیل جاتا ہے۔ اب واضح طور پر نانوئی سور القنیہ (فقر الدم) ظاہر ہوتا ہے، موت قوت کے ختم ہو جانے سے یا دوسرے امراض کے لاحق ہونے سے واقع ہوتی ہے +

خود بین کے نیچے دیکھنے پر ثابت ہوتا ہے کہ گلیٹیاں کے اندر دعامہ (رُؤم لنیج) بھی بڑھا ہوا ہے، اور کرباٹ مائید (مفاوید) بھی، لیکن اسکے علاوہ ان کے اندر سلعہ مائید کے بڑے خلیات بھی پائے جاتے ہیں، ان خلیات کی کثرت ہو جاتی ہے جو زیرین (ایوسین) کے رنگ کو قبول کر لیتے ہیں +

اس مرض کی قسم حاد میں گلیٹیاں اتنی زیادہ بڑی نہیں ہوتیں اس میں بعض اوقات نمایاں طور پر حرارت بڑھتی ہوئی ہوتی ہے، گاہے

سہ کیسی ایش +	سہ لفوسائٹز +
سہ اینیا +	سہ لفی ڈینوماسیلز +
سہ اسٹروما +	سہ ایوسین ایک گلابی رنگ کا رنگ جو

سیلان خون (نزف) واقع ہو جاتا ہے۔ گاہے پھیپھڑے، غشاء المرطبات، جگر، وغیرہ مبتلا مرض ہو جاتے ہیں، اور شدید فقر الدم لاحق ہوتا ہے۔ علاج :- سم الفارطری مقدار میں، یا سم الفار کے عضوی مرکبات میں کوئی ایک دیا جائے، ممکن ہے کہ اس سے اچھے نتیجے برآمد ہوں جلی انحصار اس مرض کی قسم نرسن میں۔ شعاع راجن (عکس رین) سے اکثر اوقات! اشناج دیکھے گئے ہیں۔ مستقل اور پائیدار صحت عموماً حاصل نہیں ہوا کرتا ہے۔

سلعہ کھیمہ مائیدہ زیادہ تر روزتین میں دیکھا جاتا ہے، اور ربعہ اوقات حجاب منصف الصدر میں ۱۰ اس میں ابتداءً ایک سخت، تیز سے بڑھنے والی، درد سے خالی رسولی بنتی ہے، جو جلد ہی آس پاس سے بڑھ کر گھیر لیتی ہے، چنانچہ قریب ترین گلیڈوں میں ثانوی رسولیا پیدا ہو جاتی ہیں۔ ابتداءً اسکے اوپر کی جلد کی ساخت، اور رنگت تبدیل نہیں ہوتی ہے، لیکن اسکے بعد اس میں اجتماع خون ہوتا ہے، یہ چکر ہو جاتی ہے، اور اس کے اندر پھولی ہوئی وریدوں کا جال ہوتا ہے۔ پھر آخر میں رسولی اس کو کھاتا جاتی ہے، اور یہ متوجع ہو جاتی ہے۔ یہ تقریباً اس قسم کا ہوتا ہے کہ اس سے ایک فطری شکل کی بلندی ظاہر ہوتی ہے۔ جس سے خون بکثرت بہتا ہے۔ اخیر میں یہ رسولی پھیلا کر خشاک جلی جا جاتا ہے۔ علاج :- جہاں ممکن ہو، ابتداءً اور ثانوی رسولیوں کو چسیرا خارج کر دیا جائے۔ جب التصاقات سخت ہوتے ہیں، تو

۱۰ فطر - انگس +

۱۰ آرگے تک پرے پریشنر +

۱۰ لفوسار کوما +

عمل محال ہوتا ہے +

غدد جاذبہ کے سلعات ثانویہ عموماً سلعات سرطانہ کے قبیل سے ہوا کرتے ہیں۔ سلعات سحمیہ میں گلتیاں کم مبتلا ہوا کرتی ہیں۔ ہاں اس حکم سے مندرجہ ذیل حالات مستثنیٰ ہیں، سلعہ سحمیہ سوداویہ، سلعہ سحمیہ مائیہ، لوزہ، خصیہ اور غددہ ورقبیہ کا سلعہ سحمیہ +



۱۴ کاری زبٹا +

۱۵ سار کو بیٹا +

۱۶ بیٹے نالک سار کو ما +

۱۷ لغو سار کو ما +

۱۸ ٹانسل +

۱۹ تھارنڈ کلینڈ +

باب دہم

امراض اعصاب

(۱) آفات اعصاب یا رَضِّ اعصاب (کچل جانا) ضرب لگتے ہی مقام ماؤن میں اور مضروب عصب کے اختتام تک چنچنا بڑھنے کی شکایت ہوتی ہے، جو چند دقیقہ یا چند گھنٹے کے بعد غائب ہو جاتی ہے اگر ضرب اس قدر شدید ہو، کہ اعصاب کے ایلاف میں جریان خون ہونے لگے، تو پٹھے مفلوج ہو جاتے ہیں اور اعصاب میں التهاب کے پیدا ہونے سے اس عضو میں عصبی درد ہونے لگتا ہے +

علاج :- مختلف اقسام کے مروخات نبشہ کی ہلکی مالش کی جائے۔
(۲) امتغاط (اعصاب کا کھینچ جانا) دفعۃً بے قاعدہ زور کی حرکت کرنے کی وجہ سے اعصاب کھینچ جاتے ہیں، اور ان میں التهاب پیدا ہو جاتا ہے، یہ حالت بالعموم ضعیفہ عضلہ میں ہوتی ہے +

(۳) اعصاب کا دب جانا (ضغط)، رسو یاں، انورسما، مختلف امراض اور ان کے نتائج اعصاب پر دباؤ ڈالنے کی وجہ سے

۱۵ امتغاط راسٹون (کھینچ جانا) +
۱۶ بریکیل پکسس +
۱۷ کپرس مشن +

۱۸ انجریز آن نردز +
۱۹ کن ٹیوژن +
۲۰ نیورلمبیا +
۲۱ اسٹی مولے ٹنگ لینٹ منٹ +

مختلف اقسام کے امراض پیدا کرتے ہیں، مثلاً میا کھی کے استعمال سے
ضمیرہ عضدیہ پر دباؤ پڑتا ہے، گاہے ٹوٹی ہوئی ہڈی کا دشتبند یا زخم
کا ندبہ اعصاب کو دباتا ہے، اگر دباؤ خفیف ہو، تو اس جگہ خدر ہو جاتا
ہے، اور وہ جگہ کمزور معلوم ہوتی ہے، اور دباؤں چوٹی رنگتی ہوئی تیل
نخوس ہوتی ہے، اگر دباؤ زیادہ ہو، تو حس و حرکت جاتی رہتی ہے، اور عضلات لاغر پڑ جاتے ہیں
علاج :- دباؤ کو سبب کو دور کیا جائیگی استعمال کیجا، اور عرصہ دراز تک مالش کو جاری
رکھا جائے، با اوقات حصول شفا میں چند میلے صرن ہو جاتے ہیں +

تشقیق و تفریق عصاب اعصاب کا پھٹ جانا اور چر جانا
اعصاب عموماً صرن ضرب آفات سے پھٹتے ہیں، مثلاً خلع مرکب
یا کسر مرکب کی صورت میں، جس سے حس و حرکت زائل ہو جاتی ہے +
علاج کے لئے مالش اور بجلی کا استعمال کیا جائے +

تشقیق عصاب لا اعصاب کا چھد جانا

جب اعصاب میں سوراخ ہو جائے، تو نیچے کے مقام پر مختلف
قسم کا درد ہوتا ہے، جلن اور چھین کی شکایت ہوتی ہے، اور یہ درد
مختلف اطراف کا دورہ کرتا ہے، یہاں تک کہ تمام عضو کی قوت حس
زائل ہو جاتی ہے +

۱۔ کیلس +

۲۔ ریچر آف زوز +

۳۔ لے سی ریشن آف زوز +

۴۔ پیکر آف زوز +

قطع کلی اعصاب۔ اعصاب کا کٹ جانا

جب عصب بالکل کٹ جاتا ہے، تو اسکے افعال بھی زائل ہو جاتے ہیں۔ جس و حرکت دونوں ایک ہی سائیکل یا علیحدہ علیحدہ غائب ہو جاتی ہیں اور یہ صورت عصب کے معزج یا حسی یا حرکت کی ہونے پر موقوف ہے۔ عضوی پرورش میں فرق آ جاتا ہے، اس عصب کے متعلقہ عضلات لاغر پڑ جاتے ہیں، متعلقہ مقام ماؤف سرد ہو جاتا ہے، بہت سی صورتوں میں چھالے پڑ جاتے ہیں، جلد کھردری اور متورم و متوج ہو جاتی عضلات فوراً مفلوج ہو جاتے ہیں، چونکہ دونوں طرف کے عضلات کے فعل میں توازن قائم نہیں رہتا ہے، اسلئے عضوی شکل خراب ہو جاتی ہے۔ بجلی کا اثر عضلات میں بتدریج غائب ہوتا ہے، حتیٰ کہ بعض اوقات چند ماہ تک اسکا اثر قائم رہتا ہے۔ چنانچہ جب تک بجلی کا اثر قائم رہتا ہے، اس وقت تک شفا کی امید رہتی ہے، اس کے بعد قطعی نہیں +

کٹے ہوئے دونوں سروں میں طرف قریب پر کانٹ (بصل) بن جاتی ہے۔ جسکے اندر نیچ خلوی، اور نئے بنے ہوئے عصبی ریشے ہوتے ہیں، جو اس امر کو بتاتے ہیں کہ طبیعت عصب کے تجدید (تکرمین ثانی) کی کوشش کرتی ہے۔ برعکس اسکے طرف البید میں فساد و استحالة نمودا ہو جاتا ہے۔ عصب کا محور اسطوائی فاسد ہو کر غائب ہو جاتا ہے۔

۳۵ سنسری نرود +

۳۶ ڈورین آف نرود +

۳۷ موٹر نرود +

۳۸ کیچر نرود +

یہ بھی بتایا جاتا ہے کہ بعض اوقات گٹا ہوا عصب جڑ جاتا ہے اور اسکے دونوں سرے مل جاتے ہیں، جس سے اس عصب کا پورا فعل دوبارہ لوٹ آتا ہے +

علاج :- دونوں سروں کو باریک وتر (تانت) کے ذریعے سی دیا جائے یہ عمل محض بڑے اور اہم اعصاب کے لئے کیا جاسکتا ہے۔ اس کام کے لئے باریک وتر اور باریک سوئی کام میں لانی چاہئے۔ تطہیر کا پورا خیال رکھنا چاہئے۔ عضو کا وضع قیام ایسا رہے کہ عصب ڈھیلا رہے + جب عصب کو کٹے ہوئے ایک مدت گزر جاتی ہے، تو ندبہ کو کاٹ کر عصب کے سروں کو رجموٹے ہو جاتے ہیں (تازہ کرتے ہیں) اور پھر ٹانگے لگا دیتے ہیں۔ گاہے عصب کے دونوں سروں کو ملانے کے لئے پٹی کا کوئی ٹکڑا کاٹ کر بچا لیا پڑتا ہے +

ترقیع العصب (عصبی پیوند) :- یہ عمل اگرچہ بعض اوقات کیا جاتا ہے، مگر اس سے پورے طور پر کامیابی نہیں ہوتی ہے۔ یہ عمل اس حالت میں کیا جاتا ہے، جبکہ عصب کا کوئی حصہ کم ہوتا ہے، اور اسے پیوند کے ذریعہ پورا کرنے کا خیال ہوتا ہے + تازہ قتل کئے ہوئے جانور سے عصب کا ٹکڑا اسی شکل کا لیکر ٹانگوں کے ذریعہ سی دیتے ہیں +

تفیم العصب :- ایک پٹھے کا دوسرے پٹھے سے منہ ملا دینا) یہ عمل لقوہ کے بعض حالات میں کیا جاتا ہے۔ چنانچہ عصب الوجہ کے طرف بعید کو عصب تحت اللسان کے ساتھ سی دیا جاتا ہے۔ کہا جاتا ہے

کہا جاتا ہے کہ بعض حالات میں قوت حرکت لوٹ آتی ہے۔

انتباہ:- استرخار اور فاج کی حالت میں اطراف (ہاتھ پاؤں) کی مالش اور ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کی تحریک ضروری ہے، تاکہ یہ اکڑ جائیں۔ عضلات میں رابجلی پہنچائیں، علی الخصوص حمام برقی کی شکل میں، جن اجزاء سے میں زائل ہو چکی ہو، ان کو دباؤ سے بچایا جائے۔ گاہے اعصاب کی جراحت کے ساتھ التهاب عفونی منتشر پیدا ہو جاتا ہے۔ جس سے آفت اور بھی زیادہ ہوتی ہے۔

التهاب عصبی

التهاب عصبی کی دو قسمیں ہیں، حاد اور مزمن۔

اعصاب کا التهاب حاد بہت کم مشاہدہ میں آتا ہے، اور یہ اصابت (آفت)، یا نقرس، یا وجع مفاصل کی وجہ سے ہو کر تاسیے اور گاہے اسکا سبب جروح ملوثہ (عفونیہ) ہوتے ہیں۔ اس مرض میں گاہے عصب پھولا ہوا اور دردناک محسوس ہوتا ہے۔ خروہین سے دیکھنے پر غدد عصبی کے اندر التهاب کی عام علامتیں پائی جاتی ہیں۔ علاج:- راحت پہنچانا، چونک لگانا، خط عصبی پر خشک حجامت کرنا اور فجاج کے کمادات لگانا، اور دیگر عام مناسب ذرائع کا اختیار کرنا۔

التهاب عصبی مزمن:- اسباب:- مقامی اسباب

کوئی ضرب و آفت، کسی جسم غریب کا پایا جانا، دباؤ، اور التهاب کا پسلیک عصب تک پہنچ جانا۔

لہٰذا تدریجی شس۔

عمومی اسباب۔ سمیت شراب، مرض آتشک، نفرس،
ذیابیطس، اور انف الغنزہ +

ماہیت مرضیہ۔ اعصاب کی نیچ خلوی جو عصب کے گرد
اور ان کے ریشوں کے درمیان ہوتی ہے، وہ بڑھ جاتی ہے، پھر یہ
مسکڑ کر عصبی ریشوں کے ہزال اور استحال (فساد ترکیب) کا باعث
بن جاتی ہے +

علامات۔ پہلے کم و بیش شدت کا عصبی درد پایا جاتا ہے۔
جس کے ساتھ جلد کی حس غیر معمولی طور پر ذکی ہو جاتی ہے، اور اس کے
اندر ہتھڑاری دیر ہوتا ہے۔ اسکے بعد خدر (بے حس) لاحق ہو جاتی ہے
بعض اوقات غذائی آفتیں نمودار ہوتی ہیں، مثلاً قرعہ تاتبہ اور انگلیوں کو
اخیر پوروں کا متحجر ہو جانا۔ اگر عصب محرک یا مزوج ہوتا ہے، تو حرکت
کی قوت بھی کمزور ہو جاتی ہے +

علاج۔ ابتدائی درجات میں ایسی دوائیں استعمال کریں جو
بدن سے مرضی استعداد کو کم کریں، اگر ممکن ہو، سبب کو دور کریں، بدنی
صحت کو قوی کریں۔ قلو یہ بنفٹس آمیزر آیلو ڈائڈ آف پوٹے شیم، پارہ
کے ساتھ یا تنہا استعمال کریں۔ مقامی طور پر مالہ مواد کے لئے
لفاط (حرارۃ آبلہ) پیدا کیا جائے، اسکے بعد مالش کی جائے۔ اگر عضلات
مفلوج ہوں تو ان میں تنبیہ و تحریک پیدا کرنے کے لئے بجلی کی رو
پہنچائی جائے، یا حمام کمر بانی استعمال کیا جائے۔ شدت درد کو رفع
کرنے کے نفین (اسپرین) یا دوسری مسکن درد دوائیں کھلائیں؛ یا

۱۔ پرفورس ٹنگ اسر +

۲۔ داتھرازی (ٹنگلنگ پین) +

جو ہر فیون یا جو ہر بیرون (اٹروپین) کی پچکاری (زیر جلد) کریں، اگر یہ وسائل مفید ثابت نہ ہوں، تو ذخراہری استعمال کریں، اور سوئیوں کو عصب کے اندر چند دقیقے تک چھوڑ دیں۔ گاہے عصب کے سرے کو کاٹ دیتے ہیں، گاہے متورم ٹکڑے کو کاٹ کر نکال دیتے ہیں گاہے تمدید اعصاب (پٹھوں کو کھینچنا) کا عمل کرتے ہیں +

سلسلہ عصبیہ عصبی رسولی

اسکا مفصل بیان سلمات کے باب میں ہو چکا ہے +

وجع عصبی (عصبی درد)

عصبی درد ایک ایسی حالت ہے، جسکا تعلق جس طرح جراح (جراحی) سے ہے، اسی طرح طبیب (طباہی) سے بھی ہے۔ یہ بہت ہی کثیر الوقوع مرض ہے، کہ ہے انسان کے لئے یہ بدترین مصیبت بن جاتا ہے۔ اسکی خصوصیت یہ ہے کہ اس میں عصب کی رفتار پر چھتا ہوا درد (وجع ناخوشہ) وجع (یعنی) ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ عصب میں کوئی مرضی تغیر نہیں پایا جاتا، برعکس اسکے، لہذا عصبی میں اس قسم کے تغیرات ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ اسکے حملہ نوبت (باری) کے ساتھ ہوا کرتے ہیں، جو چند دقائق سے چند گھنٹے تک قائم رہتے ہیں۔ پھر یہ حملے کم و بیش وقفہ کے بعد لوٹتے ہیں، گاہے ایک گھنٹے میں کئی بار، اور گاہے ایک دن میں کئی بار +

لہ نیورلجیا +

۱۵۲۔ سٹے بنگ پن +

اسباب :- اسباب مُعَدَّہ :- فقر الدم اور ضعف قوت حیات۔ اسی طرح مزاج اختلاقی بھی اسکے اسباب مُعَدَّہ میں سے ہے +

اسباب محرکہ :- عصب کے قرب و جوار میں التهاب یا اجسام غریبہ کا ہونا، اعصاب پر دباؤ پڑنا، یا حرام مغزیادماغ میں کسی مرض کا ہونا۔ اسی طرح بعض امراض مثلاً حمی اجامیہ (موسمی بخار) نزلہ و بائیرالف الغنرہ، دیدان امعاء وغیرہ گاہے سیسے اور پارے کی سمیت بھی اس کا سبب محرک بن جاتی ہے۔ علیٰ ہذا البوسیدہ دانت بھی اس کا ایک عام سبب ہے۔ انہیں اسباب محرک میں نقل کر گتھیا اور آتشک بھی قابل ذکر ہیں +

علاج :- بدنی صحت کو ترقی دیجائے اور مالہ مواد کے وسائل اختیار کئے جائیں، مثلاً مقامی منقطات جلد پر لگائے جائیں۔ اسی طرح مسکنات کا استعمال کرنا بھی مفید ہے۔ رفع درد کے لئے جوہرانیون (مارفین) دیا جاسکتا ہے۔ بعض اوقات خندہ حرین (راین ٹی پائرنین) خلین جاوی (فناسٹین) سے اچھے فوائد حاصل ہوتے ہیں۔ اسی طرح جس مرض کی سرگذشت لے، اسکا مناسب علاج کیا جائے۔ اگر یطبی علاج

۱۔ پری ڈسپوزنگ کازرز +	۱۰۔ کاذو طراری ٹے شن +
۲۔ انیمیا +	۱۱۔ بکسٹر +
۳۔ ہسٹیک ٹیری منٹ +	۱۲۔ سی ڈے ٹو ڈو +
۴۔ اکائی ٹنگ کازرز +	۱۳۔ ہسٹری +
۵۔ ہارن ہاڈیز +	۱۴۔ میڈیکل ٹریٹ منٹ +

ناکام رہے تو جراحی علاج کی طرف توجہ کی جائے، مثلاً قطع العصب کا
کا عمل یا استیصال جزئی کا عمل +

قطع العصب کے عمل میں عصب کو مقام درد سے ا وپر
دو حصوں میں منقسم کر دیا جاتا ہے؛ لیکن چونکہ اس عمل کے بعد عصب
بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے، اسلئے اسکا فائدہ محض وقتی ہے؛ اسی وجہ
سے اب اس عمل کو ترک کر دیا گیا ہے۔ اس سے بہتر استیصال جزئی
کا عمل ہے، جس میں عصب کا ایک ٹکڑا کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے۔
بہت سے حالات میں درد کا سبب عصب کے مرکز میں ہوتا ہے
اسلئے بعض اوقات عصبی گروہوں کو، مثلاً عقدہ ہلالیہ کو قطعی طور پر
خارج کر دیا جاتا ہے۔ اور نخاعی اعصاب کی صورت میں عصب کی
پچھلی جڑ اور اسکے عقدہ کو دور کر دیا جاتا ہے۔ تجربہ سے ثابت ہوا ہے
کہ الکحول (۲ فیصدی) کا عصب کے اندر یا اسکی گروہ کے اندر پکاری
کر نا ایک مفید علاج ہے۔ اگر اعصاب متروکہ ہیں، جن میں حس و حرکت
دونوں ہوتی ہے، تو اسوقت قدید عصب کا عمل کیا جائے؛ جس میں
پٹھے کو عریاں کر کے کھینچا جاتا ہے۔ اس عمل کا فائدہ یہ ہے کہ اس عمل
کی وجہ سے چند روز تک عصب کا فعل کُلاً یا جزراً بند ہو جاتا ہے، پھر
کچھ عرصہ کے بعد اسکا فعل لوٹ آتا ہے +

۱۔ سرجیکل ٹریٹ منٹ +

۲۔ کیسیرین گنگلین +

۳۔ نیوروتومی +

۴۔ کمسڈ نرووز +

۵۔ نیورکتومی +

۶۔ اسٹریچنگ آف نرووز +

مخصوص اعصاب کے آفات

اعصاب و ماغیہ :- عصبہ شامہ ۱۔ عظم مصفات کے طبقہ مغز بالیہ کے کسریں یہ عصب ماؤن ہو سکتا ہے، جس سے سونگھنے کی قوت زائل ہو جاتی ہے (خشم) +

عصبہ باصرہ :- کھوپڑی کے تلے واقعہ حقہ کے کسر سے پیٹ سکتا ہے، جس سے بینائی کی قوت دور ہو جاتی ہے۔ گاہے یہ عصب جریان خون، ترشح مواد، اور ام صغیہ، انیورسات، یا سلمات کی وجہ سے دب جاتا ہے، جس سے ابتداءً اس عصب میں التهاب لاحق ہوتا ہے، اور ایک بعد نقدان بصر بشرطیکہ دباؤ کا سبب اب تک قائم رہے +

عصب اعصاب (محرك عین) اور ام صغیہ، سلمات، انیورسات اور کسر وغیرہ کی وجہ سے مجروح ہو سکتا ہے۔ اسکے مجروح ہونے سے اسکے تمام متعلقہ عضلات مفلوج ہو جاتے ہیں؛ استرخاء انجفن (پپوٹے کا ڈھیلا ہو جانا) حول وحشی، پتلی کا پھیل جانا (انتشار ثقبہ عنیبہ) لاحق ہوتا ہے، تحکیم بصر (نگاہ جانے) کی قوت جاتی رہتی ہے +
چونکہ زیادہ تر اس عصب کا استرخاء مرض آتشک کی وجہ سے ہوا

۱۵ اسکل بیس +

۱۶ گلیٹا +

۱۷ بلاٹنڈنس +

۱۸ سٹراکولائی +

۱۹ ٹوسس +

۲۰ اسٹریل اسکرینٹ +

۱۱ انفلیٹوری نرو +

۱۲ اتھاڈرون +

۱۳ کریری فارم پلیٹ +

۱۴ آپٹک نرو +

کرتا ہے، سوائے اسکے، جبکہ سبب ضرب و جراحات ہوا سوائے اسکا علاج
قلویہ نفش آمیز (ایڈوائڈ آف پوٹاسیم) اور پارہ سے کیا جاتا ہے +
چوتھا عصب (عصب بکری) چونکہ عضلہ موربہ علیا کی
پرورش کرتا ہے، اسلئے اسکے استرخا سے کہہ چشم کی حرکت نیچے اور باہر
کی طرف دشوار ہو جاتی ہے +

پانچواں عصب (ثلاثی وحشی) : گاہے یہ عصب سر کی آنٹوں
کی وجہ سے پھٹ جاتا ہے، جس سے قوت حسیہ جاتی رہتی ہے، اور
قرنیہ میں عموماً قرعہ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن یہ حالت نادر الوقوع ہے جو
مرض اس میں کثیر الوقوع ہے، وہ اس پٹھے کا ”وجع عصبی“ ہے، جبکہ
عضلہ ابہ بھی کہا جاتا ہے۔ اس میں شدید درد کے علے باری سے ہوا کرتے
ہیں۔ یہ مرض عموماً اس عصب کی شاخ، عصب تحت الطجر، یا عصب سنی
اسفل، سے شروع ہوتا ہے، پھر تمام شاخوں میں پھیل جاتا ہے۔ چہرہ
میں ایک طرف پسینہ اور اقباع خون ہوتا ہے، آنسو اور لعاب بہتے ہیں
اور ناک سے دلو بہت مخاطیہ جاری ہوتی ہے۔ جب دوروں کی کثرت
ہوتی ہے، تو مرین کی حالت بہت نازک ہو جاتی ہے، لاغر ہو جاتا ہے
گویا وہ قریب موت ہے۔

اسباب اس کے اسباب نامعلوم ہیں، ہاں بعض حالات

۱۔ ٹک ٹوک زرد +

۲۔ انفر آر بی ٹل زرد +

۳۔ ٹیٹل زرد +

۱۔ پے تھے ٹک زرد +

۲۔ سو پیریر آ بلیک سل +

۳۔ ٹرائی جے می ٹل زرد +

۴۔ ٹرائی جے می ٹل نیوریلجیا +

میں عقدہ ہلالیہ کے اندر سلعات بشرط باطنہ پائے گئے ہیں۔ لیکن زیادہ کوئی غیر طبعی چیز (عقدہ میں، اور نہ اسکی شاخوں میں) نہیں ملا کرتی تھیں بعض کا خیال ہے کہ بوسیدہ دانت، عصب کی جڑ یا اسکے تنہ کا دہنا یا عقدہ مذکور کے اندر تعیرات کا واقع ہونا اس مرض کے اسباب ہیں۔

علاج: عمومی صحت کی اصلاح کی جائے کوئی بوسیدہ دانت ہوتا تو اسے اکھیڑ دیا جائے۔ اسی طرح اگر مرض آتشک، نقرس، وبالہ (حمی اجائیہ) وغیرہ ہوں، تو ان امراض کی طرٹ توجہ کی جائے۔ تسکین درد کے لئے ادویہ مسکنہ، علی الخصوص جوہرانیون رجوا اسکے لئے ایک بہترین دوا ہے) کا استعمال کیا جائے۔ اگر اس سے ناکامی رہے، تو اس عصب کی دوسری اور تیسری شاخ کے اندر، اس مقام پر جہاں یہ سوراخوں کو باہر آتے ہیں، الکھول (۲۰ فیصدی) بذریعہ پچکاری پھونچایا جائے۔ اس سے ایک سال یا زیادہ عرصہ کے لئے آرام حاصل ہو جاتا ہے۔ اسے بار بار بھی دیا جاسکتا ہے۔ عمل قطع العصب یا اسکتے سال جزئی سے اگر آرام حاصل ہوتا ہے، تو محض عارضی طور پر، اسلئے اسکا درجہ علاج الکھول سے بہت تر ہے۔ اگر علاج الکھولی ناکام ثابت ہو، یا درد کے دورے بار بار تیزی سے عود کریں، تو بہترین علاج یہ ہے کہ عقدہ وندیشہ حنکیہ کی مسی جڑ کو کاٹ دیا جائے۔ اس عمل سے پانچویں عصب کے افعال حرکتیہ بچے رہتے ہیں، اور صحت دائمی حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ بھی ضروری ہے

۴۲ نیروکٹومی +	۴۱ انڈو وٹیلی دوا +
۴۵ سفینو پیلے ٹائٹن گنگلین دیکلس	۴۴ میریا +
۴۶ گنگلین +	۴۳ نیروٹومی +

اگر اس عمل کے بعد قرنیہ کی حفاظت کی جائے، تاکہ اسکے اندر فساد تغذیہ کی وجہ سے قرعہ نہ پیدا ہو جائے، اس مقصد کے لئے علیت کے بعد پچھونوں کو ایک دو ہفتہ کے لئے سی دیا جائے، اس کے بعد چند ماہ تک دانی ایچ ایم وی کے کچھ کامیاب فطریہ چھتر کا استعمال رکھا جائے۔ عقدہ ہلائیہ کا یہاں لینا بھی اسی طرح ایک کامیاب علاج ہے۔

چھتر اعصاب کے بعد مقلد انقباض و آفت کی وجہ سے پھٹ سکتا ہے، جس سے عقدہ مستقیم و حشریہ بیکار ہو جاتا ہے، اور عمل انہی لاحق ہوتا ہے۔

ساتواں عصب (عصب دہبی) مندرجہ ذیل اسباب سے مفلج ہو سکتا ہے :

(۱) آفات مرکز یہ (دھوپڑی کے اندر کی آفات) جب آفات قشرہ دماغ میں ہوتی ہیں، تو چہرہ کے دوسرے جانب استرخا رزائی ہوتا ہے۔ جب آفات دماغ کے جوہر قشری کے نیچے ہوتی ہیں، یا تاج شعاعی تاج شمع میں، یا جسم شعل میں، تو چہرہ اور جسم کے دوسرے جانب میں استرخا رزائی ہوتا ہے، اور چہرہ کا محض زیریں نصف مسترخا ہوتا ہے، اور پچھونوں کی حرکات مزدوجہ (مشترکہ) قائم رہتی ہیں

۱۔ فیشیل نرڈ + ۲۔ کارونا ریڈی اٹا
۳۔ راج شعاعی (مقدم دماغ کے اندر شیو کا وہ
شعاعی تاج ہے، جس کے ریشہ سر پر بصری کے
شروع ہو کر مقدم دماغ کے تمام جات میں پہنچتے
۴۔ کارپس اسٹرائی اٹیم +
۵۔ الیوسی اسٹرومنٹ +

۱۔ گائل +
۲۔ گیسرین ٹنگلین +
۳۔ ایا و سنس +
۴۔ آکٹل رکتس +
۵۔ انٹرئل سکونٹ +

لیکن جب آفت اولسط دماغ میں ہوتی ہے، تو گاہے چہرہ کے گرد
مراکز ماؤٹ ہو جاتے ہیں، اور چہرہ کے اسی جانب کے عضلات مسترخ
ہو جاتے ہیں، جن میں تیزی کے ساتھ ضمور (مانگری) لاحق ہوتا ہے؛
اسکے ساتھ جسم کے دوسرے جانب میں فائج ہوتا ہے (فانج اتصالت)
جب ان مراکز کے اور صاخ باطن کے درمیان اس پٹھے کی جڑ ماؤٹ
ہو جاتی ہے، تو چہرہ کے اسی جانب میں (پورے نصف میں) استرخار
اور اس کے ساتھ ہر این (سم) بھی ہوتا ہے +

(۲) آفات تحقیقہ (کھوٹری کی بڑی کی آفات) : اس گروہ
میں دو عام اسباب ہیں (الف) قاعدہ خوف کا ٹوٹ جانا، جس میں غلظ
حجری شریک ہو، اس سے عصب الودہ کا استرخار گاہے اسی وقت
اسوجہ سے پیدا ہو جاتا ہے کہ عصب اس آفت سے چٹ جاتا ہے
(یہ نادار الوقوع ہے) اور گاہے دو تین ہفتہ کے بعد اس وجہ سے
ہوتا ہے کہ دشبذ یا جلطہ کے اندر عصب آ جاتا ہے (یہ اکثر الوقوع ہی)
(ب) سیلان الافان مزمن۔ اس قسم میں استرخار اس وجہ سے
پیدا ہوتا ہے کہ مجرائے مفلوج کے اندر عصب دب جاتا ہے، یا
اس میں التهاب ہو جاتا ہے، ان دونوں قسموں میں استرخار چہرہ کے
پورے نصف حصے میں ہوتا ہے نہ کہ محض ایک جانب کے زیرین
حصے میں)۔ گاہے نرم تالو کے ایک حصے میں استرخار ہو جاتا ہے،

لے پانز +	لے کرانک اوٹوریا +
لے کراسٹیرایس	لے مجرای متوج۔ کوئی ٹوکس
لے انٹرل ایڈیٹری می اے لٹس +	لے فلو پیائی +

جس سے گواہ لہا، سلیم جانب لوٹ جاتا ہے۔

(۳) آفات خارج قحف (کھوپڑی سے باہر کی آفتیں)؛ ضرب و جراحت کا لاحق ہونا، تعرض للبرد (سر دی لگنا) کسی رسولی، شلاندہ اصل الاذن (نکلت) کے ساتھ ہمیشہ سے دب جانا، اس قسم کو استرخاء بل کہتے ہیں، اس میں چہرہ کا پورا ایک جانب مسترخ ہوتا ہے مگر تالو اور لہا اس اثر سے خالی ہوتے ہیں +

لقوۃ کی عام علامتیں یہ ہیں: مغلیج جانب سے حرکت اور تمام طبیعی چیزیں دور ہو جاتی ہیں؛ آنکھ کا اتنی طرح بند کرنا ناممکن ہوتا ہے اور جب سر پیش مقبرہ (ملقو) اسکا ارادہ کرتا ہے، تو آنکھ کا ڈھیلا اوپر اور باہر کی طرف چلتا ہے؛ آنکھ کے کھلنے سے (تعرض) کی وجہ سے بعض اوقات قرنیہ میں زخم اور بعض اوقات پیچید ہو جاتے ہیں، زیرین ہوٹے کے ڈھیلے ہو جانے اور لٹک جانے کی وجہ سے نقطہ، دمعیہ اور مخرج پورے طور پر ایک دوسرے کے مقابل نہیں رہتے، اسلئے آنسو آنکھ سے رخسار پر بہتے رہتے ہیں (سیلانہ دموی)؛ اس کیفیت میں کچھ زیادتی اسوجہ سے بھی ہوتی ہے کہ چونکہ تربیتی اور شادۃ التحفن دونوں مغلوج ہو جاتے ہیں اس لئے کیس دشمنی کی وہ قوت زائل ہو جاتی ہے، جو چوہے کو مشابہت رکھتی ہے، جب جبرے عضلات میں تحریک پیدا کرنے کی کوشش کی جاتی

لہ بلس باسی (بلس پیرکس) + ۱۰۰ اپنی فوراً +

لہ فیشیل پالے سس + ۱۰۰ ٹنڈو اوکیولائی +

لہ بکیم بیکری نیلی + ۱۰۰ ٹنڈو مارسانی +

لہ کونکٹائیو + ۱۰۰ بیکریل سیک +



تصویر (۳۶)



تصویر (۳۵)

دائیں طرف کا لقوہ

دائیں طرف کی تصویر (۳۵) میں مریض آنکھوں کو بند کرنے کی کوشش کر رہا ہے۔ چنانچہ مغلوج جانب کی آنکھ بند نہیں ہو سکی، بلکہ کرہ چشم اوپر اور باہر کی طرف پھر گیا ہے، اور چہرہ کے دونوں جانب کی بد وضعی اور بھی نمایاں ہو گئی ہے۔ اور بائیں طرف کی تصویر (۳۶) میں مریض کا چہرہ بحالت سکون و راحت دکھلایا گیا ہے +

ہے، جیسا کہ ہنسی کے وقت یا دانت دکھانے کی صورت میں کیا جاتا ہے۔
 تو محض جانب سلیم کے عضلات سکڑ جاتے ہیں، اور جانب اڈف کے
 عضلات اس طرف کھینچ آتے ہیں، اسلئے دونوں جانبوں میں عظیم نشان
 اتفاقاً عدم تجانس پیدا ہو جاتا ہے۔ دونوں ہونٹھ پورے طور پر
 بند نہیں ہو سکتے، اسلئے بھونک مارنا، اور اسی قسم کے دوسرے کام،
 ناممکن ہو جاتے ہیں۔ غذا رخسارے اور دانتوں کے درمیان اسوجھ
 جمع ہو جاتی ہے، کہ عضلہ ضاعظہ الخد مغلوج ہو جاتا ہے: اس لئے
 سر میں مجبوراً کھانے کے بعد اس نذر کو انگلی ڈال کر یا تھچے سے نکالتا ہے۔
علاج ۱۔ اگر ممکن ہو، سبب کے ازالہ کی طرف توجہ کریں، اگر اس کا
 یہ حصہ اتفاقاً کاٹ گیا ہو، جو کھوپڑی کے باہر واقع ہے، تو اسے سنی
 دیا جائے۔ اگر رسولی سے دباؤ پڑ رہا ہو، تو دستکاری سے دباؤ کر
 دور کیا جائے۔ اگر اس کا سبب سردی ہو، تو طبی علاج (ماساژ اور بجلی)
 کریں، جو عموماً مفید ثابت ہوتا ہے، اگر یہ لقوہ برابر قائم رہے، علی الخصوص
 جبکہ کوئی آفت دماغ کے اندر ہو، جہاں تک پہنچنا آسان نہیں، تو تقصیر
 عصب کا عمل کیا جائے، یعنی عصب الوجہ کے طرف بعید کو پورے عصب
 نخاعی اصنافی یا عصب تحت اللسان کے ساتھ، یا ان کے ایک حصہ
 کے ساتھ جوڑ دیا جائے۔ اس سے بعض حالات میں حوصلہ افزا نتائج
 برآمد ہوئے ہیں۔ یعنی چہرہ کی حرکتیں بہت تیز لوٹ آتی ہیں، جو گاہے
 مستقل طور پر قائم رہ گئی ہیں۔ علاوہ ازیں سئل سے کسی حد تک عضلات

۱۵ اسپائنل آکسے سوری نزد

۱۵ کسی نے پڑ

۱۵ ہائیو گلاس سل نزد

۱۵ نزد اناسٹوموسس

کے اندر ثبوت لوٹ آتی، اور چہرہ کی بد وضعی کم ہو جاتی ہے +
تشخ و جچی وہ مرض ہے جس میں چہرہ کے بعض یا کل عضلات
 میں تشخ اور کجی ہوتا ہے؛ اور یہ اس آفت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جو مرکز
 میں یا تشخہ دماغ میں پائی جاتی ہے۔ اس میں مریض کو سخت بیقراری
 ہوتی ہے؛ پھر اس میں گاہے چہرہ کا پورا ایک حصہ ماؤف ہوتا ہے اور
 گاہے اس کا کوئی جزو۔ مثلاً عضلہ محیطہ حقیقہ +

علاج: اس کا علاج یہ ہے کہ مقویات اعصاب اور مضاد تشخ
 اود یہ استعمال کی جائیں۔ اگر یہ علاج کامیاب نہ ہو، تو تمدید عصبی (رچھے
 کرکیمینچا) کا عمل کیا جائے، یا قطع العصب کا عمل، یا استئصال جزئی کا
 عمل (جس میں عصب کا کوئی حصہ کاٹ کر نکال لیا جاتا ہے)۔ اگرچہ اس
 عملیات کا نتیجہ بھی ہمیشہ حسب منابر آدمین ہوا کرتا ہے۔

عصب سماع گاہے کھوپڑی کے تنے کے کسر میں مجروح ہوا
 کرتا ہے، جس سے فقدان سمع (صمم = بہر ابن) لاحق ہو جاتا ہے، جبکہ
 کوئی علاج نہیں۔ اس کے ساتھ چہرہ میں استرخاء بھی ہوا کرتا ہے +

عصب لسانی حلقی۔ پورے طور پر معلوم نہیں کہ اس عصب
 کی جراحت سے کیا کیا عوارض پیدا ہوتے ہیں۔ بتایا جاتا ہے کہ ایک مریض

۱۔ فیشیل ہک رٹیک وجی +	۲۔ نزد اسٹریچنگ +
۳۔ کلونک اسپیزم +	۴۔ نیور وٹری +
۵۔ نیوکلیس +	۶۔ نیورکٹوی +
۷۔ کارٹکس +	۸۔ آڈیٹوری نرو +
۹۔ آر بی کیو لیرس پیلپی بریم +	۱۰۔ گلاسوفیر نیچل نرو +

ہیں اس عصب کے دب جانے کی وجہ سے عُسرا بلع اور گفتگو میں دشواری پیدا ہوگئی تھی؛ اور اسکی زبان میں پائدار تقرح بھی تھا۔ پھر اس کی موت عنقریب کبھی کے اوزیما سے ہوئی +

عصب رٹوی معدی (راجع) گا ہے قاعدہ قحف کے کسریں گا ہے گردن کے علیات جراحیہ میں، اور گا ہے سینے کے انورسات کے دباؤ کی وجہ سے مجروح ہوا کرتا ہے۔ ایک طرف کے عصب کے مجروح ہونے سے خجیرہ کا ایک جانب مفادج ہو جاتا ہے۔ لیکن جب دونوں جانب کے اعصاب کٹ جاتے ہیں تو خجیرہ کے استرخا کیوجہ سے، اور پھیپھڑوں کے اوزیما اور استلار کی وجہ سے فوراً موت واقع ہوتی ہے +

اس عصب کی خفیف آفت سے گا ہے خفقان، قی، اور اختناق کی سی کیفیت پیدا ہوتی ہے۔ گا ہے اس سے کھانسی اور آواز کی خرابی (مثلاً بجۃ الصوت) پیدا ہوتی ہے۔ گا ہے تھوڑی دیر کے لئے قلب کی حرکت بند ہو جاتی ہے +

عصب نخاعی اصنافی گا ہے قاعدہ قحف (کھوپڑی کے تلے) کے کسریں، اور گا ہے گردن کے علیات جراحیہ میں مجروح ہو جایا کرتا ہے۔ اس عصب کے کٹ جانے کی وجہ سے گا ہے شانہ بڑے طویل ہٹا جاتا ہے، جس سے شکل بہت بُری سی ہو جاتی ہے۔ اس عصب کے مرکزی تغیرات کی وجہ سے عضلہ قصیہ علیہ، اور عضلہ مربعہ

۳۵ نیموگیٹرک نرو + ۳۶ اسٹرنوسٹیلٹس مل +

۳۷ اسپائنل اکنے سوری نرو + ۳۸ ٹری پی زلیس مل +

منحرف میں اختلاجی تشنج ہوتا ہے دائوار العنق تشنجی، جس کے لئے
استیصال جُزئی کا عمل کیا جاتا ہے +
عصب تحت اللسان گاہے عملیات جراحیہ میں کٹ جایا
کرتا ہے، یا شریان سببائی ظاہر کے انور سما کی وجہ سے دب جایا
کرتا ہے۔ اسکا نتیجہ ہوتا ہے کہ زبان کی ایک جانب مفلوج یا
کمزور ہو جاتی ہے +

نخاعی اعصاب (حرام مغز کو اعصاب)

نخاعی اعصاب میں سے گردن کے اعصاب (اعصاب عنقیہ
کے مجروح ہونے سے اکثر اوقات خطرناک عوارض رونما نہیں ہوتے،
ہاں اگر عصب حجابی مجروح ہو، مثلاً وہ کٹ جائے، تو اس سے فوری
موت اس وجہ سے لاحق ہوتی ہے کہ نصف حجاب حاجز (دیا فرغا)
مفلوج ہو جاتا ہے، اگرچہ بعض اوقات مریض بچ بھی جایا کرتا ہے۔
عصب حجابی کے ہیجان سے تشنجی کھانسی اور پچکی پیدا ہو جاتی ہے +
ضعیفہ عضدیہ (بازو کا عصبی جال) مجروح بارودیر سے، شائد
کے بل گرنے سے، اور ضرب پہونچنے سے، اور ولادت کے وقت مجروح ہو سکتا
ہے۔ اسکی آفات کے مختلف مارج اور عوارض کے مختلف درجات ہیں مثلاً
جب پورا جال مجروح ہو جاتا ہے دھپٹ جاتا ہے، یا نخاع سے

۱۵۰ اسپازموڈک مارٹلی کوس +

۱۵۱ نیو ریکٹری +

۱۵۲ برے کیل پکس +

۱۵۳ ہائپوگلاسل نرد +

جدا ہو جاتا ہے، تو پورے بازو کی حرکت اور حس جاتی رہتی ہے +
جب ضرب پانچویں یا چھٹے مہرے پر پڑتی ہے، تو عضلہ مشنہ کبیرہ
اور عضلہ معینہ مفلوج ہو جاتا ہے +

گاہے اس جال کی آفت سے وہ عضلات مفلوج ہو جاتے ہیں
جنکی پرورش گردن کے پانچویں عصب سے اور کسی قدر چھٹے عصب سے
ہوتی ہے، اور وہ یہ ہیں - عضلہ ذالیک، ذات الراسین، عضلہ
باطلہ طویلہ، باطلہ قصیرہ، اس استرخاء کے ساتھ ان حصوں میں بے بسی
(رُخْدُر) بھی ہوتی ہے، جنکی پرورش پانچویں عصب سے ہوتی ہے +
مخصوص قسم کا استرخاء گاہے کسی بلندی سے شانہ کے بل گرنے سے پیدا
ہوتا ہے، اور گاہے بچوں میں ولادت کے بعد +

جب ضغیرہ مذکورہ کی مخصوص ڈوریاں (اجال) مجروح ہوتی
ہیں، تو مخصوص عضلات متعلقہ مسترخی ہوتے ہیں، اور مخصوص مقامات
میں خدر لاحق ہوتا ہے۔ چنانچہ جب جبل انسی کی آفت سے ہاتھ کے
عضلات رخ اور انگلیوں کے بعض یا کل عضلات قابضہ مفلوج ہو جاتے
ہیں، نیز بازو، کلائی اور ہاتھ کے اندرونی جانب خدر ہوتا ہے جبل وحشی
کی آفت سے وہ عضلات مفلوج ہوتے ہیں، جنکی پرورش عصب عضلی

۱۵ سرے ٹس میگنس +	۱۵ ہریکے لس انشائی کس +
۱۶ رامباڈیس +	۱۶ سوپائی نیٹر لانگس +
۱۷ ایرب ڈاشن پیرالے مس +	۱۷ سوپائی نیٹر برے مس +
۱۸ ٹوٹائیڈیس +	۱۸ رائے کارڈ +
۱۹ بانی سپس +	۱۹ اوٹر کارڈ +
	۲۰ مکوہ کیرٹے نی اس +

جلدی، اور متوسط سے ہوتی ہیں، یعنی ۱۔ ذات الرائین، غرابیہ عضدۃ
 عضدۃ یہ مقدمہ، رینج اور انگلیوں کے عضلات قابضہ کعبیہ، نیز کلائی
 کے بیرونی کنارہ میں بے حسی ہوتی ہے۔ جملہ مؤخر کی آفت سے
 وہ عضلات مفلوج ہو جاتے ہیں، جنگی پرورش عصب عضلی ملوب
 منعطف، اور عصب فوق الکلف سے ہوتی ہے۔ نیز بے حسی اُن مقامات
 میں ہوتی ہے۔ جہاں انکی حسی شاخیں پھیلی ہیں +

اس جال کا زیرین حصہ بمقابلہ بالائی حصے کے زیادہ مجروح ہوا

کرتا ہے +

علاج :- مقام آفت اور درجہ آفت کے لحاظ سے علاج مختلف ہوا
 کرتا ہے۔ یہ ضروری ہے کہ دباؤ کے ظاہری اسباب کو دور کیا جائے
 مثلاً ٹوٹی ہوئی ہڈی کا کوئی سرا ہو، یا دشبذ ہوئے ہذا جب تک درم
 اور درد قائم ہو، مناسب یہ ہے کہ اُس وقت تک بازو کو بے حرکت
 رکھا جائے، پھر مالش کی جائے، اور بجلی لگائی جائے، استرخاء والادات
 میں بعض اوقات دستکاری کی جاتی ہے، جبکہ بچہ ایک سال کا ہو جاتا
 ہے، اس عمل میں ماؤف اعصاب کی جڑیں کھینچی جاتی ہیں، نڈہ کو کاٹکر
 الگ کر دیا جاتا ہے، اور عصب میں خیاطت ثانویہ کر دیا جاتا ہے +

۱۵ پوسٹریئر کارڈ +

۱۶ مکیو واسپائل +

۱۷ سرکفلس +

۱۸ سوپر ا اسکے پولر +

۱۹ میڈین +

۲۰ بائی سپس +

۲۱ کاریکو بریکینے لس +

۲۲ بیکینے لس، اسٹائی کس، +

۲۳ ریڈیل فلک سرز +

گاہے ضغیرہ عضد یہ میں التهاب اور عیسی درو پیدا ہو جاتا ہے
انکا علاج اصول مقررہ کے مطابق کیا جائے۔ جب در وقت قائم رہ جاتا
ہے، یا جب بارود اور شاذ کے عضلات میں اختلاجی تشنج پیدا ہوتا
ہے، تو تندید ضغیرہ رجاں کے اعصاب کو کھینچنے کا عمل کی ضرورت
پڑ جاتی ہے +

عصب منعطف مفصل کتف کے خلع اور عظم العصد کی
عنق الجراحت کے کسر میں عموماً مجروح ہو جایا کرتا ہے۔ اس سے عضلات
مفلوج اور لاغر ہو جاتا ہے۔ گاہے عارضی طور پر بغل کی سیرینی دیوار
سے حس زائل ہو جاتی ہے، جو جلد ہی لوٹ آتی ہے۔ اسکے لئے کوئی عمل
جراحی نہیں کیا جاتا ہے۔ اگرچہ اسکی کوئی خاص وجہ نہیں کہ کیوں نہ نہ
حالات میں اعمال جراحیہ کئے جائیں +

عصب عضلی ملولٹ (عصب عضلی حلزونی) زیادہ تر
اس طرح ماؤن ہو کرتا ہے کہ جب ہاتھ کو کسی کرسی کی پشت پر سہارا
دیکر ٹکایا جاتا ہے، جیسا کہ نشہ سے بدست لوگ سو جایا کرتے ہیں، تو
اس عصب پر دباؤ پڑتا ہے۔ علی ہذا عظم العصد کے جسم کے انکسار
میں بھی یہ عصب مجروح ہو جایا کرتا، اور التحام کے وقت دشعبہ کیوجہ
سے دب جایا کرتا ہے +

اس عصب کے انقطاع کامل سے مندرجہ علامات ظاہر ہوتی ہیں

۴۵ سر جیکل بیک +	۴۵ سر کم فلکس زد +
۵۵ مکیوہ اسپائرل زد +	۴۵ شولا رجاٹٹ +
۶۵ کیلس +	۴۵ ہیوسرس +

سُقُوطُ الرِّغْصِ (ارتخا رالید) یعنی ہاتھ کا ٹٹک جانا، کیونکہ کلائی کے عضلات باسط (باسط رِغْصِہ علیا و سفلی) سترخی ہو جاتے ہیں۔ علیٰ نہاد عضلہ ثلاثیہ الروتس بھی مفلوج ہو جاتا ہے، اسی وجہ سے کلائی کا پھیلنا، شرا ہو جاتا ہے۔ اسی طرح عضلہ باطن طویلہ و قصیرہ بھی مفلوج ہو جاتے ہیں اسی لئے ہاتھ پٹ رہتا ہے۔ یہاں خذرینیں ہوتا، تا وقتیکہ عصب کا بالائی حصہ (بالائی ثلث) بازو کے بالائی حصے میں مجروح نہ ہو۔ جب یہ صورت واقع ہوتی ہے، تو جن مقامات پر عصب کُعبِری (زندمی اعلیٰ) کی حسی شاخیں پھیلتی ہیں، وہاں بے حسی نمودار ہوتی ہے (یعنی ہاتھ کی پشت کے نصف کُعبِری پر) +

علاج :- اگر یہ یقیناً معلوم ہو جائے کہ عصب پورے طور پر کٹ گیا ہے، تو عصب کو سی دیا جائے؛ اور اگر اسکا تیقن حاصل نہ ہو تو ماش اور بجلی سے علاج کیا جائے +

عصب متوسط :- یہ اگرچہ اپنی رفتار کے ہر حصے میں مجروح ہو سکتا ہے، مگر یہ زیادہ تر روتوں کے پھٹنے سے (قبضہ کے اوپر مجروح ہوا کرتا ہے۔ چنانچہ جب یہ قبضہ کے پاس مجروح ہوتا ہے، تو اسکے عوارض حسب ذیل ہوتے ہیں :-

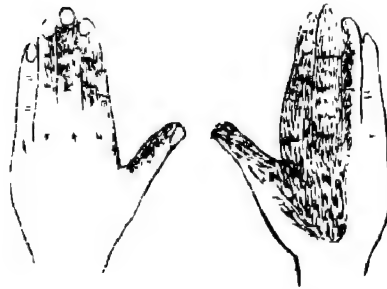
الف) بے حسی، ہاتھ کے جانب کُعبِری کی جہت راجحی میں

۱۵ رٹیل نرو +	۱۵ رٹیل ڈراپ +
۱۶ رٹیل ہاف +	۱۶ اکس ٹنسرز +
۱۷ میڈین نرو +	۱۷ اکس ٹنسر کارپائی رٹیل بے سس +
۱۸ رٹیل سائڈ +	۱۸ اکس ٹنسر کارپائی اینڈس +
۱۹ ہائپر ایس ایکٹ +	۱۹ ٹرائی سپس +



تصویر (۴۷)

سقوط المرنخ، جو عصب عضلی لمولب کے استرخاء سے لاحق ہوا ہے۔



تصویر (۴۸)

عصب متوسط کارسنگ کے ادپرکٹ جانا

تاریک حصوں میں قوت حسیہ غائب ہو گئی ہے۔

انگوٹھے، سبابہ، وسطیٰ اور نصف بنصر کی جہت ماحمی میں +

(دب) وہ عضلات مفلوج ہو جاتے ہیں، جو اس عصب سے پرورش پاتے ہیں۔ مبدۃ الالبہام، مقادمتہ الالبہام، اور قابضہ قصیرہ ابہامیہ کا بیرونی نصف (اسی وجہ سے الیۃ الالبہام یعنی انگوٹھے کا گولہ لاغر ہو جاتا ہے، اور انگوٹھے سے مقابلہ کی حرکت مفقود ہو جاتی ہے۔ اسی طرح بیرونی دو عضلات خراطینہ (جس سے مریض سبابہ اور وسطیٰ کے مفاصل مشطیہ سلامتیہ کو موڑ نہیں سکتا) +

اور جب یہ کہنی کے موڑ کے پاس یا بازو میں مجروح ہوتا ہے، تو اس وقت ذیل کے عوارض زیادہ ہو جاتے ہیں :-

(۱) چونکہ دونوں عضلات کا بہ مفلوج ہو جاتے ہیں، اسلئے ہاتھ کو پٹ کرنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے +

(۲) رخی کا پورے طور پر موڑنا اسوجہ سے دشوار ہوتا ہے کہ عضلہ قابضہ رخیہ مدیا مفلوج ہو جاتا ہے +

(۳) عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ، قابضہ سطحیہ للاصابع، اور عضلہ قابضہ غائرہ للاصابع کا بیرونی نصف مفلوج ہو جاتا ہے، جس سے ہاتھ

۱۷ لے ابڈکٹر پالی سس +	۱۷ لے پر دینے ٹرس +
۱۸ لے اپونٹس پالی سس +	۱۸ لے فلکسر کار پائی ریڈیے سس +
۱۹ لے فلکسر بریڈس پالی سس +	۱۹ لے فلکسر لانگس پائے سس +
۲۰ لے تھے نارامی ننس +	۲۰ لے فلکسر سبلانی سس ڈیجی ٹورم +
۲۱ لے بری کل سلس +	۲۱ لے فلکسر ریڈینڈ سس ڈیجی ٹورم +
۲۲ لے شیٹا کار پونیٹیل جانٹ	

کے موڑنے کی قوت (علیٰ مخصوص کعبری حصے کی قوت) زائل ہو جاتی ہے

(۴) عضلہ راحیہ طویلہ مفالوج ہو جاتا ہے

علاج ۱۔ خیاطت اولیہ ہمیشہ ضروری ہے، جہاں خیاطت اولیہ

نہ کی گئی ہو، یا جہاں خیاطت اولیہ ناکام رہا ہو، وہاں خیاطت ثانیہ

کو آزمایا جائے +

عصبِ زندگی (زندہ اسفل) اکثر اوقات قبضہ کے پاس

مجموع ہو کر رہتا ہے، جس سے چھوٹی انگلی کے سامنے اور پیچھے، اور بنصر

کے اندرونی نصف (نصفِ زندگی) میں جیسی پیدا ہو جاتی ہے، اور

مندرجہ ذیل عضلات مسترخ ہو جاتے ہیں +

(۱) عضلہ قابضہ رسیہ سفلی، جس سے قبضہ کو موڑنے کی قوت

جاتی رہتی ہے +

(۲) عضلہ قابضہ غائرہ لاصابع کا اندرونی نصف، جس سے

ہاتھ کے موڑنے کی، علیٰ انخصوص خنصر اور بنصر کے موڑنے کی قوت

جاتی رہتی ہے +

(۳) دو اندرونی جانب کے عضلات خراطینیہ، اور کل عضلات

بین العظام، جس سے مریض اس بات پر قادر نہیں رہتا کہ وہ انگلیوں

کو جانبین کی طرف حرکت دے، نیز پہلے پورے (سلامیات مشطیہ)

۱۵ پالمیرس لانگس +

۱۵ فلکسر کارپائی انیرس +

۱۵ پائری سیوجر +

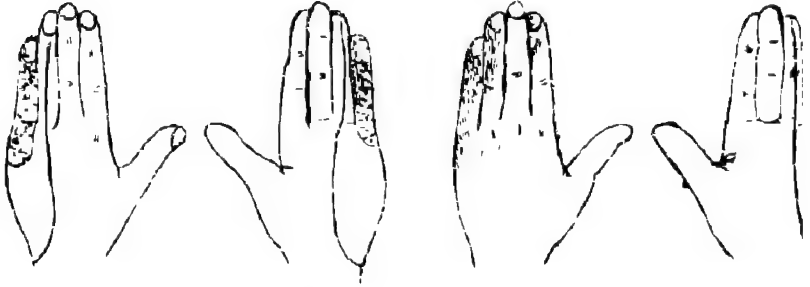
۱۵ فلکسر پروفنڈس ڈیجیٹلرم +

۱۵ سکندری سیوجر +

۱۵ لمبرکل ملز +

۱۵ اسٹرنز +

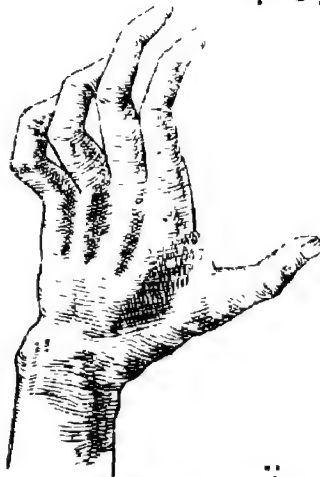
۱۵ میٹاکارپوفیلنجیز +



تصویر (۵۰)

تصویر (۴۹)

عصب زندگی اسفل کے کٹ جانے سے نندر (بجسی) کا پیدا ہونا
تصویر (۴۹) میں یہ عصب فرع نلری کے مبداء سے نیچے رشت کے پاس
کٹا گیا ہے۔ اور تصویر (۵۰) میں اس سے اوپر جتنے حصے کو خط کھینچ کر
محدود کر دیا گیا ہے۔ یہ اس امر کو بتاتا ہے کہ اس حد تک جس ذکی جاتی رہتی ہے؛
اگرچہ موٹی ص قائم رہ سکتی ہے۔ اور جتنے حصے کو کدرا اور تاریک کر دیا گیا ہے، یہاں
ص پوسے طور پر کھینچ جاتی ہے۔



تصویر (۵۱)

عصب زندگی اسفل کے کٹ جانے سے ہاتھ
کی شکل جانوروں کے چنگل کی سی ہو گئی ہے۔

پھیل جاتے ہیں، اور اخیر کے پر روئے مڑ جاتے ہیں، جس سے ہاتھ جانوروں کے پنجے (مخلب) کے مانند ہو جاتا ہے +

(۴) خنصر کے چھوٹے عضلات (مبعدة الخنصر، قابضہ تصیرہ الخنصر، متقاوئہ الخنصر) اور انگوٹھے کے اندرونی جانب کے چھوٹے عضلات (مقربہ شتر ص، مقربہ مؤربہ، اور قابضہ تصیرہ کا گہرا حصہ) اور راحیہ تصیرہ (ستر خار اور فقدان حرکت اس عصب کے مقام آفت کے اختلاف کے لحاظ سے مختلف ہوا کرتا ہے +

علاج :- نیا طت اولیہ یا ثانویہ کی جائے، اس عصب کی علیت کو نتائج عصب متوسط کی طرح زیادہ کامیاب نہیں ہوتے ہیں +
عصبہ عریضہ (عصب وری کی کبیر) میں عموماً درد (عصبی درد) ہوا کرتا ہے، جسکو عرق النساء کہا جاتا ہے +

عرق النساء :- ایک سخت درد پیدا کرنے والی آفت ہے، جو عموماً بشکل زائل ہوتی ہے۔ یہ مندرجہ ذیل اسباب سے پیدا ہوتی ہے :-
(الف) غلات العصب کا التهاب حاد یا مزمن، جو سردی، یا کوئی آفت (جھٹ وغیرہ)، یا گٹھیا، یا آتشک، یا دوسرے سخی اسباب سے پیدا ہو گیا ہو
(ب) جوف عانہ کے باہر عصب کے کسی حصے کا انورسا، رسولی، یا عظم الغز

۱۔ فلکس بریوس +	۲۔ ایکٹری نی مالی ڈیجیٹائی +
۳۔ پالمیرس بریوس +	۴۔ فلکس بریوس نی مالی ڈیجیٹائی +
۵۔ گریٹ شیا ٹک نر +	۶۔ اپرنس می نی مالی ڈیجیٹائی +
۷۔ شیا ٹیکا +	۸۔ ایکٹری ٹرنسورسلس +
۹۔ نیورالیما +	۱۰۔ ایکٹری آلی کس +

کے ٹٹے ہوئے سر کی وجہ سے دب جانا جبکہ وہ اپنی جگہ سے ٹل کر حرقہ کی پشت کی طرف آگیا ہو۔ (ج) جون عانہ کے اندر، یا جبکہ یہ نلمہ عجزیہ و کرس سے خارج ہوتا ہے، اس عصب کا دب جانا، جیسا کہ سلمہ بحیہ، سلمہ غلیظہ سرطان مستقیم، سرطان رحم، رحم حامل، اور رحم کے مرض یفی میں ہوا کرتا ہے۔ (د) عصبی جڑوں کا جراثیمی نچائی کے اندر مرض نخریہ، سلمہ بحیہ کی وجہ سے دب جانا۔ (کا) نچاخ کے مزمن امراض، مثلاً ذبول +

علامات :- اسکے علامات نمایاں اور واضح ہوتے ہیں، یعنی اسکا درد کو لہے کے جوڑے شروع ہوتا ہے، اور ران کے پیچھے سے نیچے اترتا ہے، جو گاہے قدم کی انگلیوں تک پہنچتا ہے۔ اسکا درد باری کی شکل میں ہوتا ہے، جو عصب کی پوری درازی میں کسی حصے پر دباؤ پڑنے سے، یا ران کو حرکت دینے سے اٹھ جاتا ہے۔ اسی وجہ سے مریض اس مرض میں اس پاؤں سے کام نہیں لیتا، اپنے ماؤں پاؤں کو اٹھائے رکھتا ہے اور چلنے میں دباؤ دوسرے پاؤں پر ڈالتا ہے۔ جب اسکا سبب التهاب ہوتا ہے، تو عصب کی پوری درازی میں نزاکت (مضاہنت) پائی جاتی ہے۔ اور گاہے عصب بھی چھونے سے غلیظ (متورم) محسوس ہوتا ہے۔ پاؤں گویا نصف مڑا ہوا رہتا ہے، اور ران کا حوض (عانہ) پر پورے طور پر موڑنا تقریباً محال ہوتا ہے۔ اگر مریض مثلاً دیوار کے سہارے

۱۵ فائبرائٹ +	۱۵ الیم +
۱۶ اسپائنل کینال +	۱۶ سیکروشیٹالک ناچ +
۱۷ کیریز +	۱۷ سارکوما +
۱۸ ٹیٹیز +	۱۸ آسٹی اوما +

سے لگ جائے، اور وہ اپنی ٹانگ کو سانس کی طرف اس طرح اٹھا سکے کہ بدن کے اندر اسکے درمیان زاویہ قائم بن جائے، (بشرطیکہ گھٹنا مڑا ہوا نہ ہو) تو سمجھنا چاہئے کہ مریض عرق النساء میں مبتلا نہیں ہے۔

علاج :- سبب کے موافق علاج مختلف ہے۔ اگر عرق النساء انتہائی عصب، یا التهاب محیط عصب سے ہو تو حسب قواعد عام اصول علاج سے کام لیں، جو آتشک، یا گھٹیا کے مضاد ہوں۔ شدت درد کی صورت میں ران کے پچھلے حصے پر حرقات (منقطات) کاویات، برق اور ادویہ سکے استعمال کریں۔ گاہے جلد کے نیچے جوہر افیون یا جوہر سیروج (سیروچین۔ اٹروپین) کی پچکاری کی جاتی ہے۔ جب تمام وہ دوائیں ناکام رہیں جو عصبی درد کے مضاد ہیں۔ تو تمدید عصبی کا عمل کیا جائے۔ عصب ور کی کبیر کی تمدید۔ مندرجہ ذیل حالات میں اس عصب کو کمینچا جاتا ہے۔

(۱) اسکے درد شدید میں (۲) اُن عضلات کے استرخاریں جو اس عصب سے پرورش پاتے ہیں، اور انہی عضلات کے تقلص میں جبکہ کسی آفت (عارض۔ ضرب و جرح) کی وجہ سے، یا زیر جلد نیچ خلوی کے التهاب کی وجہ سے، یا محیط العصب کے التهاب کی وجہ سے اس عصب اور اجزاء مجاورہ کے درمیان التصاق پیدا ہو گیا ہو۔

(۳) اُس استرخار اور تقلص میں جو ذہول کشی وجہ سے پیدا ہوئے ہوں۔

تمدید عصبی گاہے بغیر جراحی و مسکاری کے بھی کی جاسکتی ہے،

۱۔ بلستر +

۲۔ زرد اسٹریچنگ +

۳۔ زرد اسٹریچنگ +

جس کی صورت ہے کہ ران کو شکم پر موڑا جائے، اسکے بعد گھٹنے کو پھیلا دیا جائے، عرق النساء میں یہ عمل دارو سے بیہوشی کے ساتھ کیا جاتا ہے۔ اسلئے مناسب ہے کہ عملیات جراحیہ کرنے سے پہلے اس طریقے کا امتحان کر لیا جائے۔ جب یہ عصب کٹ جاتا ہے، تو اسکو سینے کے لئے عریاں کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے +

عمل تدبیر کے لئے اسکے عریاں کرنے کا بہترین مقام وہ ہے جہاں یہ عضلہ الویہ کبیرہ کے نیچے سے، حدبہ ذر کیہ اور طرد خانہ اعظم کے درمیانی مسافت میں خارج ہوتا ہے۔ اس عمل کے لئے مریض کو بٹ سلا یا جا کے اور اسکے پاؤں کو کسی قدر سورا یا بائے، اور ایک عمود ہی شکاف چار پانچ قیراط لمبا ران کے خط وسطانی میں سرسٹن کی سوڑ سے بنایا جائے۔ پھر عضلہ الویہ کبیرہ کے زیرین کنارہ کو عریاں کیا جائے، جسکے ریشے نیچے اور باہر کی طرف اوڑرتے ہوئے نظر آئینگے، پھر اس عضلہ کے نیچے سے ران کے عضلات کو اندر کی طرف کھینچا جائے، جس سے یہ عصب نظر آئیگا، جو اپنے غلاف میں ہوگا۔ یہ غلاف ڈھیلی نیچ واصل سے بنا ہوا ہے، پھر اس عصب کو انگلی کے قلعے میں لیکر دونوں طرف (طرف مرکزی و طرف محیطی) سے کھینچیں +

عصب مایضی وحشی، عملیات جراحیہ یا آفات و جراحات کی وجہ سے کٹ جایا کرتا ہے، بس سے پشت قدم بے حس ہو جاتا ہے اور عضلات باسقلمہ اور عضلات شظیرہ مسترخ ہو جاتے ہیں، چونکہ اس

۱۔ کبیرہ کی اس سبزی مس +	۲۔ اکسٹرنل پابلی ٹیل زرد +
۳۔ یو برا سیلانی +	۴۔ اکسٹرنل سبز +
۵۔ کبیرہ کی اس سبزی +	۶۔ یو برا سیل +

حالت میں جانب مقابل کے عضلات کھینچ جاتے ہیں، اسلئے قدم فقدا^۱ کی صورت پیدا ہو جاتی ہے +

قدم فقدا^۲ میں ایڑی اس طرح اٹھ جاتی ہے کہ مہین نقطہ منہ^۳ کے سروں پر دیخوں کے بل چلتا ہے اور قدم فقدا^۴ میں ایڑی کے ساتھ قدم کا اندرونی کنارہ بھی اٹھ جاتا ہے، اور قدم کے دو اگلے ثلث اندر اور اوپر کی طرف مڑ جاتے ہیں، جس سے مہین قدم کے بیرونی کنارہ کے بل یا قدم کی پشت کے بل چلنے پر مجبور ہو جاتا ہے +

اس عصب کو کھولنے کے لئے ڈیڑھ قیراط لمبا شگاف عضلات^۵ الراسین کے وتر کے اندرونی کنارے میں بنایا جاسکتا ہے۔ جسکو تنظیم کی گردن کے پاس ختم کیا جائے۔ پھر گھٹنے کو موڑا جائے، اور مابین^۶ کی ڈوبیلی نیچ خلوی میں عصب کو تلاش کیا جائے +

عصب مابین^۷ انسی چونکہ زیادہ محفوظ ہے، اس لئے اسے خطرات کم پہنچ سکتے ہیں، اسکے انقطاع سے تلوہ^۸ بحس ہو جاتا ہے، اور ٹخنے اور انگلیوں کے عضلات قابضہ مسترخ ہو جاتے ہیں، جس سے قدم بگڑتا^۹ اور اعوجاج عقبی پیدا ہو جاتا ہے۔

۱۔ پاپلی ٹیل اسپین +

۲۔ انٹرنل پاپلی ٹیل نرو +

۳۔ ٹیلی پیزونگس +

۴۔ ٹیلی پیزکیل کے نیس +

۵۔ ٹیلی پیزاکونڈیرس +

۶۔ ٹیلی پیزاکونس +

۷۔ ٹیلی پیزویرس +

۸۔ بانی سپن -

۹۔ فی ہولا +

قدم و کعبہ میں قدم کا بیرونی کنارہ اس طرح اٹھ جاتا ہے کہ
 مریض قدم کے اندرونی کنارے کے بل یا کعبہ انسی کے بل
 چلنے پر مجبور ہو جاتا ہے۔ اور اعوجاج عقبی میں قدم پنڈلی پر
 اس طرح مڑ جاتا ہے کہ پشت قدم پنڈلی سے قریب ہو جاتی ہو
 اس عصب کو کھولنے کے لئے فضا مابض کے وسط میں ایک
 عمودی شگاف دیا جائے، اور احتیاط یہ برتی جائے کہ وریڈ صافن قصیر
 مجروح نہ ہو جائے۔ پھر گہرے لفافہ کو جیر کر عصب کو نمودار کر دیا جائے
 یہ عصب ٹھیک گہرے لفافہ کے نیچے ہوتا ہے +

اعصاب قصبیہ :- جب عصب قصبی مقدم و مؤخر کٹ جاتے
 ہیں، تو غوارض محدود ہوتے ہیں؛ چنانچہ عصب قصبی مقدم کے کٹ
 جانے کی صورت میں قدم کے عضلات باسط مفلوج ہو جاتے ہیں، قدم
 قصداً کی صورت ظہور پذیر ہوتی ہے، اور عصب قصبی مؤخر کے کٹ جانے
 کی صورت میں قدم کے عضلات قابضہ طویل و قصیر اور عضلات میں انقباض
 (تین المشط) مفلوج ہو جاتے ہیں، اور قدم و کعبہ اور اعوجاج عقبی کی
 صورت نمودار ہوتی ہے +

ان اعصاب کو غریاں کرنے کے لئے وہی اعمال کئے جائیں۔ جو
 ان کی شریانیں مرفقہ کے باندھنے کے لئے بتائے گئے ہیں +
 عصب شمر کی : جذع عصبی شمر کی :- گاہے یہ عصب گردن

۱۔ پالی بل اسپر +	۲۔ ٹیل نرو +
۳۔ شارٹ سینے نس وین +	۴۔ انٹیریر ٹیل نرو +
۵۔ ڈیپ نیشیا +	۶۔ پوسٹیریر ٹیل نرو +
	۷۔ سیمپلک نرو +

میں انورسایا رسولی کی وجہ سے دب جاتا ہے، جس سے اس عصب میں
ہیجان پیدا ہوتا ہے۔ جب اس عصب میں ہیجان پیدا ہوتا ہے، تو
اس طرف کی آنکھ کی پتلی میں متدد تناؤ پیدا ہوتا ہے، اور اسی طرف
سر اور چہرہ میں پسینہ بہتا ہے۔ لیکن جب یہ عصب کٹ جاتا ہے، تو
عصب سوم کی تاثیر سے پتلی سکڑ جاتی ہے۔ گاہے اس عصب کو دونوں
طرف سے قیدہ معلقہ جھونٹیکہ کے علاج کے لئے، اور ماراخضر کے علاج
کے لئے کٹ دیا جاتا ہے، جس سے کچھ نہ کچھ فائدہ ظاہر ہوتا ہے +



۱۰ گریڈ ڈیڑیڈاکس آن ٹھلک گائٹر +

۱۱ کلاؤ کو ما +

باب یازدہم

امراض عظام

ہڈیوں کے امراض

ورم عظم - التهاب عظمی

ہڈی کا سوجنا یا متورم ہو جانا۔ اس کی دو قسمیں ہیں :- حاد

اور مزمن +

چونکہ بذات خاص ہڈی کا ورم (ورم عظمی) اندر اسکی جھلی کا ورم (ورم غشاء عظمی) دونوں بہت سی باتوں میں شریک ہیں۔ اور دونوں کے عوارض ایک ہیں۔ اس لئے ہڈی کے ورم کی قسمیں بھی ہڈی کی جھلی کے ورم میں بیان کی جائیں گی +

یہ ورم گاہے ہڈی کی ٹھوس ساخت (رنج کثیف) اور گاہے خاندہ دار ساخت (اسفنجی ساخت) میں واقع ہوتا ہے۔ مرض کی ابتداء گاہے ہڈی کی اُن چھیدہ نالیوں سے ہوتی ہے۔ جنکے اندر عروق وغیرہ بھرے رہتے ہیں۔ اسکے بعد ہڈی کی متعلقہ ساختوں میں ورم کم و بیش پھیل جاتا ہے۔ گاہے ورم کی ابتداء ہڈی کی جھلی سے ہوتی ہے

لے آس ٹائیٹس +

لے پری آس ٹائیٹس +

اور گاہے ہڈی کی گودے والی نالی (تجولیف مٹی) سے۔ اس مرض میں ہڈی پہلے اجتماع خون کے باعث سُرخ ہو جاتی ہے۔ اسکے بعد ہڈی کا سخت مادہ غائب ہونے لگتا، اور اسکی جگہ خانہ دار ساخت (نسج خلوی) بھرنے لگتی ہے۔ اور انجام میں یہ خانہ دار ساخت پیپ کے مادہ میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ جب یہ مرض ہڈی کی خانہ دار ساخت سے شروع ہوتا ہو تو ہڈی کی پیچیدہ نالیوں (مخاریق متشکک) کے گرد ہڈی کا مادہ جمع ہو جاتا ہے۔ اس وجہ سے یہ نالیاں بتدریج مسدود ہو جاتی ہیں۔ اور ہڈی کی ساخت دندانِ فیل کی ساخت کی طرح ٹھوس ہو جاتی ہے۔ جب ہڈی کی مذکورہ بالا پیچیدہ نالیاں بند ہو جاتی ہیں۔ یا ورم کا مادہ پیپ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ تو ہڈی مروہ ہونے لگتی ہے (رموت اعظم) اور ہڈی کے بوسیدہ حصے الگ ہونے لگتے ہیں۔ جب ورم ہڈی کی گودہ والی نالی میں ہوتا ہے، تو اس حالت میں ورم ہڈی کی طرح ہڈی کے گودہ میں بھی ہو جاتا ہے۔ اس لئے اس حالت میں اسکا نام بھی ان دونوں کے لحاظ سے ورمِ عظمیٰ مٹی رکھا جاتا ہے (عظم۔ ہڈی۔ مخ۔ گودہ)۔

ورم اگر قسمِ حاد سے ہو تو عموماً ہڈی مروہ ہو جاتی ہے (رموت اعظم) اور اگر ورم قسمِ مزمن سے ہو تو ہڈی میں غیر معمولی صلابت آ جاتی ہے۔ جسکو مرضِ تصلب کہتے ہیں۔

۱۔ ورمِ ہڈی کی نالی +

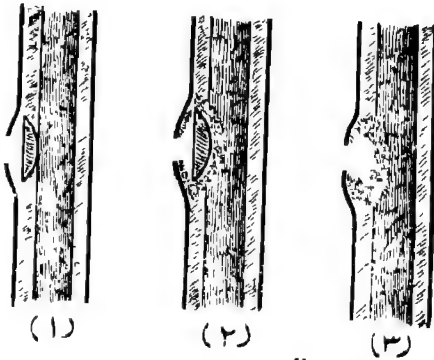
۲۔ ورمِ ہڈی +

۳۔ ورمِ ہڈی +

ہڈی کا ورم حاد۔ التھاب عظمیٰ حاد

یہ علی العموم بچوں میں دس سے پندرہ سال کے درمیان (سردی کے سبب سے پنڈلی کی ہڈی ہڈی (قصبہ کبریٰ) اور ران کی ہڈی میں واقع ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ اور بھی دوسری ہڈیوں میں ہو سکتا ہے۔ مثلاً بازو کی ہڈی میں۔ بسا اوقات یہ ورم بیک وقت متعدد ہڈیوں میں ہو جاتا ہے۔ اکثر یہ ورم ہڈی کے جسم میں سرے کے پاس ہوتا ہے اور سرا (کروٹس) عام طور پر بچا رہتا ہے۔ گاہے خنازیر اور ضرب کے باعث بھی یہ مرض ہو جاتا ہے +

علامات :- لرزہ کے ساتھ بخار آتا ہے۔ ہڈی میں درد ہوتا ہے۔ عضومات متورم ہو جاتا، اور اس مقام کی جلد مرض سرخبادہ کے مانند سرخ ہو جاتی ہے۔ کچھ دنوں بعد عضلات کے نیچے پیپ اکٹھی ہو جاتی ہے۔ جو ایک دو منہ کے ذریعہ باہر نکلتی ہے۔ آخر میں یا تو بدنی عوارض کی شدت اور زیادہ پیپ بجانے سے مر جاتا ہے یا مرین زندہ رہتا ہے۔ اور ہڈی مردہ ہو جاتی ہے۔ اگر ورم ہڈی کی بیرونی سطح میں ہو تو ہڈی کی بیرونی جلی بھی متورم ہو جاتی ہے۔ یعنی ورم غشاء العظم بھی ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں سرخی زیادہ ہوتی ہے۔ اور چھونے سے درد شدید ہوتا ہے۔ پیپ میں خون کی آمیزش ہوتی ہے۔ اور ہڈی کا بیرونی حصہ گاہے مردہ ہو جاتا ہے۔ گاہے ورم ہڈی کے اندرونی حصے میں ہوتا ہے۔ اس حالت میں درد لے ایکوٹ آسٹائیٹس + لے اپی فیسز + لے پری آسٹائیٹس +



اور سُرخِی ابتداء نمودار نہیں ہوتی ہے۔ اسکو ورمِ عظمیٰ غشائی باطن کہتے ہیں۔ اس میں پیپ رقیق اور خون کی مائیت سے ملی ہوئی ہوتی ہے۔ علاج :- مسهل دیں۔ بخار کا علاج کریں۔ التهاب کے مقام پر محکیم کریں۔ اور جو نکلیں لگائیں + اگر دہاں پیپ پڑ گئی ہو، اور پیپ کی لرزش (رجرجہ) امتحان سے محسوس ہو تو نشتر سے چیر دیں۔ تنگات پٹی تک پہنچائیں۔ اور مواد کے بہاؤ کا مناسب انتظام کریں۔ اگر درو میں افاقہ و کمی محسوس نہ ہو، اور مرض رو بہ ترقی ہو تو پٹی کو گولے کی نالی تک قطع کریں۔ اور جریان خون کو بند کر کے زخم کا مناسب علاج جاری رکھیں + ادویہ محرکہ و مقویہ اور شخاریہ بنفش آمیز استعمال کیا جائے اگر اس علاج سے کامیابی نہ ہو تو عنقوداؤن کو قطع کر کے الگ کر دیا جائے (عمل بتدریج جائے) +

ہڈی کا مزمن ورم۔ التهابِ عظمیٰ مزمن

یہ بسا اوقات دوسرے اندرونی اعضا (احشاء) کے امراض کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جبکہ ان امراض سے خون کے ترکیبی اجزاء میں نقص آ جاتا ہے (سور القنیہ) اور علی العموم یہ ورم چند ہڈیوں میں یکبارگی ہوتا ہے +

علامات :- ہڈی میں سوجن پائی جاتی ہے۔ جو آہستہ آہستہ درست رفتار سے بڑھتی جاتی ہے۔ دبانے سے کسی قدر درد

لے انڈو آسٹیل آس ٹائیٹس + سلہ اینیمیا۔ سور القنیہ۔ فقر الدم +	سلہ آیلوڈ انڈاؤن پوٹاسیم +
---	----------------------------

ہوتا ہے۔ عضو بوجھل معلوم ہوتا ہے۔ رات کے وقت درد میں زیادتی ہو جاتی ہے + اگر کسی آفت (چوٹ) سے یہ مرض پیدا ہوتا ہے تو طبی العموم انجام میں ہڈی مردہ ہو جاتی ہے۔ اور ہڈی کا چھوڑا (خراج عظمی) ہو جاتا ہے ورنہ سوائے ہڈی کے پھول جانے کے اور کوئی تغیر عضوی واقع نہیں ہوتا گا ہے ہڈی کی ساخت، جیسا کہ پہلے بتایا گیا ہے، نہایت سخت ہو جاتی ہے (تصلب) ہڈی کے خانوں اور نالیوں میں ہڈی کا مادہ (مادہ عظمیہ) بھر جاتا ہے۔ حتیٰ کہ گودے کا جون (تجویف مخی) بھی بھر کر بند ہو جاتا ہے، اور ہڈی کا حجم اور اس کا وزن بڑھ جاتا ہے۔ گا ہے ہڈی کی بیرونی سطح کہہ درمی ہو جاتی ہے۔ مگر تا زیست تخصیص مرض دشوار ہوتی ہے لیکن اسکو زیادہ اہمیت بھی نہیں ہے۔ کیونکہ یہ ایک مرض مزمن ہے اور اس میں صرف درم مزمن کا علاج کرنا پڑتا ہے +

علاج۔ عام بدنی صحت کی اصلاح کے لئے آب و ہوا تبدیل کرائیں، مقویات اور معدلات استعمال کرائیں، اشخاریہ بنفش آمیز ایک ایک یا ڈیڑھ ڈیڑھ رقی کی مقدار میں عشبہ کے ہمراہ دیں، اگر درد موقوف نہ ہو تو جوئیں دکائیں، اور ٹکڑ کرئیں، (کمکید کرئیں) اگر مرض زیادہ مزمن ہو تو گئی (د، اغنا) و احراق (جلانا) کے لئے صغ بنفشین اور کاویات لگائیں اگر ہڈی میں پیپ پڑ جائے، تو شَقَب دہرا، یا شَقَب مِنشَا سھی (حلقہ نما آرمی ہڈی کاٹنے کے لئے) کے ذریعہ سوراخ کر کے پیپ کو

لے اسکے روس +

لے سار سا پر پلا +

لے ٹنگہ آریو ڈین +

لے بستر +

لے ٹری فائن +

خارج کریں۔ گاہے اس مرض میں بھی ہڈی کاٹ کر الگ کی جاتی ہے جیسا کہ ورم حاد میں کیا جاتا ہے +

ہڈی کا پھوڑا۔ خراج العظم

اس مرض کا وقوع شاذ و نادر ہے + اور جب ہوتا ہے تو اکثر مزمن شکل میں ہوتا ہے، جو دراصل ہڈی کے التهاب کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔ ہڈی کے خانوں میں، اور علی الخصوص پنڈلی کی ہڈی رقبہ بکری میں پیپ بھر جاتی ہے، یہ پیپ ایک تیلی کے اندر ہوتی ہے۔ نکلی ہوئی ہڈی کے ٹکڑے گاہے پیپ میں پائے جاتے ہیں + اور گاہے کوئی دانہ پیر کا سا اس میں پایا جاتا ہے +

علامات :- اس مرض کی کامل تشخیص بغیر دستکاری کے بہت دشوار ہے لیکن اگر ہڈی کے ورم و التهاب کی علامتیں دور نہوں، اور تناؤ و درد ہڈی کے کسی خاص مقام پر زیادہ ہو۔ جو شب کے وقت ترقی پکڑتا ہو، اور دوار و سلاج سے افادہ نہ ہو، یا در کچھ عرصہ وقفہ دیگر دوبارہ نمایاں ہو تو اس سے ایک حد تک پتہ چلتا ہے کہ ہڈی کے اندر پیپ جمع ہو گئی ہے۔ اس مقام کی جلد بھی بعض اوقات متورم اور سرخ ہو جاتی ہے +

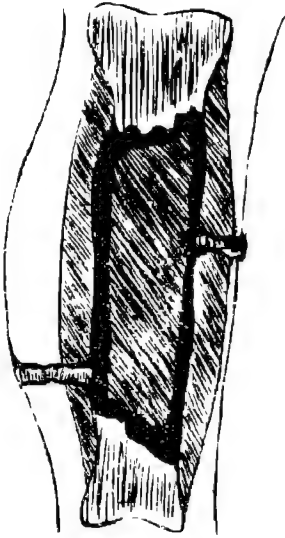
علاج :- جب مذکورہ بالا قرائن سے پتہ چل جائے کہ ہڈی میں پھوڑا ہے۔ تو مقام ورم کی ہڈی کو چاقو کی مدد سے جلد اور گوشت وغیرہ سے خالی کر دیں۔ اور درد و ورم کے مقام پر منقبذ منشری سے

سوراخ کریں، یہ آلہ چھوٹا سا ہونا چاہئے، تاکہ ضرورت کے وقت ایک سے زیادہ سوراخ کئے جاسکیں، مواد اندر سے خالی کر کے اُس جوف کو صاف کیا جائے۔ اور اسکے اندر روغن سے تر کیا ہوا سا آلہ بھر دیا جائے + اور بعض لوگ اسکے اندر خارِ صُغیر خُضر آئینہ بھرتے ہیں اسکے بعد مانعِ عفونت اساوہ (مرہمِ پٹی کرنا) عمل میں لایا جائے + یہ پھوڑا انگور سے بھرتا ہے + اس عملیت (دستکاری) میں شگاف گاہے صلیبی کیا جاتا ہے۔ اور گاہے شکلِ مثلث (x یا ۸) +

التهاب مخ العظم۔ ہڈیوں کے گوشت کے کاوم

بعض لوگ اسکا نام ”ہڈی کا پھیلا ہوا پھوڑا“ (خراجِ منتشرِ عظمیٰ) رکھتے ہیں + لمبی ہڈیوں کی گودہ والی نالی (تجویفِ نخعی - تجویفِ نقوی) میں درم ہوتا ہے۔ جہاں پیپ بنکر پوری ہڈی میں پھیل جاتی ہے۔ یہ مرض اکثر گرم ممالک (اقالیمِ حارہ) سخت چوٹ لگنے، عضو کے قطع کرنے (بتر)، کسرِ مصاعف ہونے، اور ہڈیوں میں دستکاری کرنے کے بعد فاسد مواد (موادِ عفونت) کے داخل ہونے سے واقع ہوتا ہے۔ گاہے سردی لگنے، اور عضو کے کچل جانے کے بعد (جبیں کوئی ببردنی زخم نہ ہو) بھی نمودار ہوتا ہے + اس مرض میں ہڈی کی بیرونی جھلی سُرخ ہوتی ہے، اور اندرونی جھلی نرم اور متورم ہوتی ہے۔ ہڈی کی گودہ والی نالی میں پیپ اور سُرخ مائلِ رطوبت پائی جاتی ہے۔ ہڈی کے بوسیدہ اور گلے سڑے ٹکڑے ریم میں ملے ہوئے پائے

لے لٹ + لے کلر + لے آف + لے آسٹیر + لائی ٹس +



(ب)



(الف)

تصویر (۵۴)

موت العظم جو التهاب مخ العظم حاد کے بعد پیدا ہو گیا ہے

(الف) ابتدائی درجہ میں ہے، جو گواہی دہا اور نیچے کی طرف ہڈی کی تند رست ساخت سے اپنا سلسلہ ملائے ہوئے ہے۔ مگر اسکا جون عشا را العظم سے گھرا ہوا ہے، اور تدریجاً دو ناصوروں کے باہر سے علاقہ رکھتا ہے۔

(ب) بعد کا درجہ ہے، جس میں مردہ حصہ ڈھیا ہو کر جدا ہو گیا ہے، اور باقی ماندہ بون انگور کی ساخت سے گھر گیا ہے، جس کے چاروں طرف نئی ہڈی کا ایک غلاف بن گیا ہے۔ لیکن دونوں ناصور بدستور قائم ہیں۔

جاتے ہیں، گاہے پیپ کارنگ سیاہ، اور بوسخت متعفن ہوتی ہے۔
اس مرض میں موت ڈو طور پر آتی ہے۔ قوتوں کے تدریجی انحطاط
سے۔ یا تنق دم (خون میں پیپ کے داخل ہو جانے) اور اس کے
اثرات و نتائج سے +

علامات: کسی علیت جراحیہ (دستکاری) یا چوٹ لگنے کے بعد
اگر مریض کو لرزہ کے ساتھ بخار آئے۔ ماؤنٹ ہڈی میں درد ہو، اور وہ
عضو متورم ہو جائے، تو اس مرض کا اشتباہ بقریہ غالب ہو جاتا ہے
اگر عضو کے الگ کرنے کے بعد یہ صورت واقع ہوتی ہے۔ تو ہڈی کا
سرا باہر نکل آتا ہے۔ ہڈی کی جھلی الگ ہو جاتی ہے، اور اگر مرض ترقی
پذیر ہو جائے۔ تو ساری ہڈی مع اپنے سرسوں (گرو دس) کے مردہ
ہو کر نکل آتی ہے۔ یا وہیں مردہ ہو کر قائم رہتی ہے، ہڈی کی نالی (توبین
مخ) پیپ سے بھر جاتی ہے، حتیٰ کہ گاہے یہ پیپ ہڈی کی وریدوں
کے اندر داخل ہو کر خون کو متنع (پیپ سے آلودہ) کر دیتی ہے۔ اس
وقت بدن کی حرارت تقریباً ۱۰۳ درجہ ہوتی ہے +

علاج: بر مقوی غذائیں اور دوائیں بدنی قوتوں کے قائم رکھنے
اور قوت مناعت کو بڑھانے کے لئے دیں، مناسب دستکاری
کرنے کے بعد گودے کی نالی کو ملعقہ (چچی) سے صاف کریں۔ اور زخم
کے اندر نمل بنفشی داخل کریں۔ جہاں تک ممکن ہو، مرہم پٹی میں صفائی
و پاکیزگی کی رعایت رکھیں، یہ بوسیدہ ہڈی گاہے خود بخود الگ ہو جاتی
ہے۔ اور گاہے اسے عمل بتر کے ذریعہ الگ کرنا پڑتا ہے +

التهاب نیچ شبکی

یعنی ہڈی کی خانہ دار ساخت (نیچ شبکی) میں ورم کا ہونا۔ اسکی
 قسبیں بھی ورم غشاء العظم کے مانند ہیں۔ یہ جب ہڈیوں کے سروں
 (اکڑوں) میں ہوتا ہے، تو اسے ورم کرڈوسی کہتے ہیں +
 علاج :- اسکا علاج ورم العظم اور ورم غشاء العظم کے مانند
 ہے۔ کھرج کر بوسیدہ ہڈی کو صاف کریں۔ اسکے بعد مانع عفونت اسام
 (مرہم پٹی) عمل میں لائیں +

سلسلہ عظمیہ - ہڈی کی رسولی

اس مرض میں ہڈی لمبائی یا چوڑائی میں بڑھ جاتی ہے۔ اور
 گاہے گول یا چبھتی سی بلندی کسی ہڈی پر پیدا ہو جاتی ہے۔ اس میں
 زیادہ تر بازو، ران، اور پنڈلی کی بڑی ہڈی (قصبہ کبریٰ) مبتلا
 ہوتی ہے۔ اس مرض میں درد نہیں ہوتا ہے۔ لیکن جب یہ رسولیاں
 بہت بڑھ جاتی ہیں تو دوسرے اعضاء پر دباؤ ڈالکر درد بھی ہو سکتا ہے
 اور عضو موقوف کے افعال میں خلل آ جاتا ہے +

اسباب :- چوٹ لگنا، ہڈی کا دب جانا، کثرت حرکت سے
 استخوانی مادہ کا پھٹ جانا، اسکے اسباب ہوتے ہیں، لیکن گاہے
 نامعلوم طور پر بلا کسی نمایاں سبب کے یہ مرض ہو جاتا ہے +

سلسلہ اپنی فی سائیٹس +

سلسلہ کن سے لسٹس +

سلسلہ اگڑا سٹوسس +

سلسلہ اپنی فی سیر +

اقسام۔ اسکی دو قسمیں ہیں :- (۱) سخت، جسکی ساخت میں ہاتھی نت کی ساخت کے مانند مسامات اور جالیاں نہیں ہوتیں۔ اسکو عہ عظیمہ عاجیہ کہتے ہیں (عاج۔ ہاتھی دانت) + یہ عظام سطح لینے کی ہڈیوں اور ناک اسفل میں ہوتی ہے۔ اور یعنی ساخت سے بنتی ہے۔ (۲) نرم جسکی ساخت اسفنج کی طرح خانہ دار ہوتی ہے۔ یہ رسولیاں یا مٹری ہوتی ہیں۔ اور ایک سے زیادہ پائی جاتی ہیں۔ ان کی جڑیں ہوتی ہیں۔ انکو مسلعہ عظیمہ اسفنجیہ کہتے ہیں + یہ موروثی ہوتی ہیں رگڑی سے بنتی ہیں۔ اور گاہے ایک ہڈی سے دوسری ہڈی پر مل جاتی ہیں +

علامات :- (۱) اوائل میں محض ورم (سوجن) کی سختی ٹٹولنے سے ہوس ہوتی ہے۔ اسکے بعد دوسری ساختوں پر دباؤ ڈالکر مختلف رصن پیدا کر دیتی ہے۔ گاہے جلد میں ورم دالہباب ہو جاتا ہے۔ سکے دباؤ سے کسی دوسرے عضو کے فعل میں خرابی آ جاتی ہے لاکھ آنکھ کے ڈھیلے کا ابھر آنا، دوران خون میں رکاوٹ ڈالنا۔ نلات و مفاصل کی حرکات میں اٹکاؤ پیدا کرنا وغیرہ، غرض درد میرہ اگر ظاہر ہوتا ہے، تو محض اس وجہ سے کہ اسکا دباؤ دوسرے ضا پر پڑتا ہے +

علاج :- ابتداء میں شخارہ بنفش آمیز کا اندرونی استعمال میں، اسکے ساتھ ہی خارجی طور پر صیغ بنفشین لگائیں، اور مرہم بقیہ دپارہ کامرہم کی مالش کریں۔ تاکہ وہ جذب ہو کر تحلیل ہو جائے اور دیر اگر ہو تو اس سے آلوڈائیڈ آف پوٹاسیم + سلہ مرکب کی لٹنٹ منٹ

اگر یہ علاج کارگر نہ ہو تو نشا ر (آری) یا ازٹیل (جینی) یا مقراض عظمیٰ
دھڑی کاٹنے کی قینچی یا نشا ر سلسلی (زنجیر کی آری) وغیرہ کے ذریعہ
دھڑی کو کاٹ کر الگ کر دیں +

نشا ر سلسلی مخصوص قسم کی آری ہے جس کے دندانے

ایک زنجیر کی لڑی میں گرٹے ہوتے ہیں +

اگر رسولی پھیلی ہوئی اور چپٹی سی ہو تو صرف دھڑی کی جھلی کو
اکھرنج کر اوتار دیں۔ اس سے دھڑی خود مردہ ہو کر جدا ہو جائیگی + اگر
کل رسولی نہ نکل سکے۔ اور جڑ باقی رہ جائے۔ جس سے بڑھنے اور
دوبارہ عود کرنے کا اندیشہ ہوتا ہے، تو داغنے کے لئے تیزاب شوروہ
یا شکار کا تھوڑی لگائیں + مگر ان عملیات میں بہت حزم و احتیاط برتن
ورنہ ممکن ہے کہ انکے بعد دھڑی میں ورم، تا کل دگل جانا، پیدا ہو جا
یا پیپ پڑ جائے۔ بعض مقامات ایسے بھی ہیں جہاں علی دستکاری
بالکل ممکن نہیں، مثلاً ریڑھ کے سرے۔ برعکس اس کے بعض صورتوں
میں پورے عضو کو برتر کے ذریعہ الگ کرنا پڑ جاتا ہے +

گا ہے عضلات اور رگوں کے اختتامی سرے بعض پرندوں
کی طرح انسان میں بھی دھڑی میں تبدیل ہو جاتے ہیں، جس سے دھڑی کے
بہت سے اُبھار، علی الخصوص جوڑوں کے قریب پیدا ہو جاتے ہیں،
اس سے مریض کو اُس وقت تک کوئی تکلیف نہیں پہنچتی ہے، جب تک
وہ بلندیاں زیادہ دراز نہ ہو جائیں یا جب تک عضلی ساخت بھی دھڑی

لے گاؤج +

لے بون فار سپس +

لے چین سا +

لے کاسٹک پوٹاش +

میں تبدیل نہ ہو جائے، جیسا کہ دیکھا گیا ہے کہ بعض مرتبہ کندھے کے سارے عضلات اس طرح ہڈی میں تبدیل ہو گئے ہیں کہ جوڑ کا ہلانا محال ہے۔ اس مرض کا کوئی علاج نہیں (مصباح) +

ہنسلی کی ہڈی (ترقوہ) کا اُبھار (رسولی) جو بچوں میں گاہے ہو جاتا ہے۔ وہ اکثر اوقات بغیر کسی علاج کے خود بخود جاتا رہتا ہے (مصباح) +

کساحت

مرض کساح یا کساحت، یہ خون کی ترکیب کی خرابی ہے، جو کساح موروثی ہوتی ہے، اور گاہے اصول حفظان کی عدم پابندی (خصوصاً تازہ اور صاف ہوا اور روشنی کے نہ ملنے اور فسادِ اندیشہ) سے حاصل ہوتی ہے۔ اکثر یہ مرض بچوں میں ہوتا ہے۔ اور اکثر مرض خنازیر کے ساتھ ہوتا ہے۔ اس مرض میں ہڈیاں نرم ہو جاتی ہیں، اور ان کی ساخت غضروفی (دکری کی) ساخت سے مشابہ ہو جاتی ہے۔ ہڈیاں بغیر ٹوٹے ہوئے ٹر جاتی اور ٹیڑھی ہو جاتی ہیں۔ گاہے ہڈیوں کی لمبائی نہیں بڑھتی۔ چاقو سے یہ ہڈیاں بہ آسانی کٹ جاتی ہیں۔ گاہے یہ مرض ایک ساتھ بہت سی ہڈیوں میں ہو جاتا ہے اور گاہے چند میں +

جو ہڈیاں اس مرض میں مبتلا ہوتی ہیں، وہ بلحاظ ساخت کے بظاہر ہر تندرست معلوم ہوتی ہیں۔ مگر ان کے اندر اجزاء ارضیہ (عناصر ارضیہ) املاح ترابریہ کم ہوتے ہیں۔ ان ہڈیوں کے سرے زرد اور سفید (کردوس) جنکی ساخت مشامی اور اسفنجی ہوتی ہے، ہڈیوں کے

سہرے کے ٹکس +

جسم سے بڑے ہوتے ہیں۔ اور ان کے جسم بدن کے بوجھ کے اٹھانے پر قادر نہیں ہوتے، اسلئے وہ کم و بیش مڑ جاتے ہیں +

جب مرض نفیف ہوتا ہے تو ٹخنے پھر جاتے ہیں، اور ٹانگیں مڑ

جاتی ہیں + جب مرض بہت شدید ہوتا ہے۔ تو بچہ کوتاہ قد ہو جاتا ہے

سر بڑا ہو جاتا ہے، پیشانی او بھرتی ہے، سر کے دونوں تاو (یا فون

مقدم و مؤخر) بہت دیر میں بھرتے ہیں، چہرہ چھوٹا سا مثلث شکل کا

معلوم ہوتا ہے، ٹھوڑی او بھر کر نکل آتی ہے، بیٹھ گہری ہو جاتی ہے

(حدیہ مؤخر) یا رٹھ کسی ایک پہلو کو بل کھا جاتی ہے (التوار الصلب)

بچہ کی شکل بے ڈول سی ہو جاتی ہے، گاہے سینہ سامنے کو ابھر آتا

ہے (تَقْصُّع) سینہ میں تنگی آ جاتی ہے، جوت عاذ کی ہڈیاں طبی طور پر

دوسری ہڈیوں کی طرح سرعت سے نہیں بڑھتی ہیں، یا بمقادگی کے

ساتھ بڑھتی ہیں، جس سے عاذ کا قطر چھوٹا رہ جاتا ہے، جب یہ حالت

عورتوں میں پیدا ہوتی ہے، تو ولادت میں دشواری پیش آتی یا تعلق

محال ہو جاتی ہے + دانت دیر سے نکلتے ہیں، گاہے گہری پر گول

گول گانٹھیں پائی جاتی ہیں۔ ہاتھ پاؤں کمان کی طرح ٹیڑھے ہو جاتے

ہیں۔ گاہے دماغ کے اندر سفید مادہ کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے

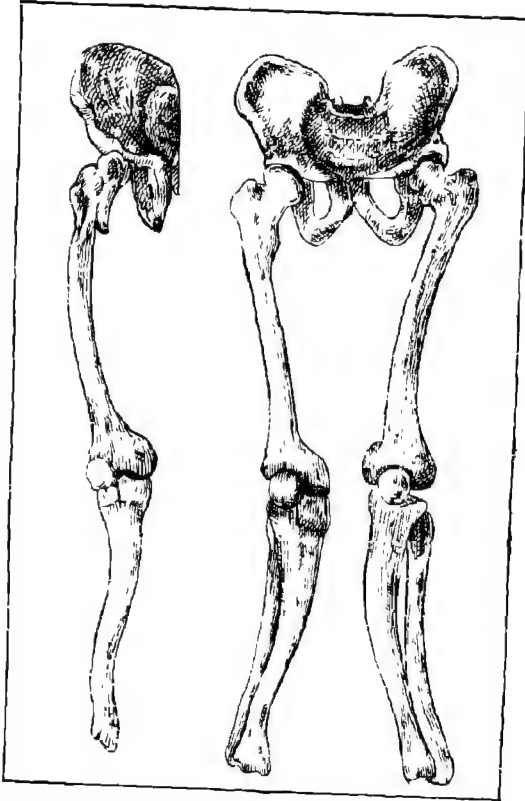
اور دماغی علامتیں بھی بعض اوقات مرتے وقت پیدا ہو جاتی ہیں +

یہ مرض عموماً نادار، ضعیفوں اور بوڑھوں کی ولادت میں نظر

آتا ہے، اور دو سال کی عمر سے دس بارہ سال تک پایا جاتا ہے +

اوائل مرض میں رات کے وقت سر پر بہت پسینہ آتا ہے،

اور شب کے وقت بچہ کھلے رہنے کی کوشش کرتا اور سحان و کبل وغیرہ



تصویر (۵۵)

مرض کساحت میں عظام حانہ اور ٹانگ کی ہڈیاں

بائیں طرف کی تصویر میں سانسے کا رخ دکھلایا گیا ہے، تاکہ پہلوی خمیدگی کا اندازہ کیا جاسکے، اور بائیں طرف کی تصویر میں پہلوی رخ دکھلایا گیا ہے، تاکہ اگلی پھلی خمیدگی کا اندازہ کیا جاسکے۔

کو پھینک دیتا ہے، اور تمام بدن کی جلد میں درد کی شکایت کرتا ہے*
 اگر بچہ شدتِ مرض سے بہت جلد ہلاک نہ ہو جائے، یا کسی بچپن کی کسی
 دوسری بیماری میں مبتلا نہ ہو جائے، اور بچہ جوانی اور بلوغت کی عمر تک
 پہنچ جائے، تو عام طور پر اسکی ہڈیاں سخت ہونے لگتی ہیں، اور انہیں
 موادِ رضیہ اضافہ ہونے لگتے ہیں، یہ بھی قوتِ مدبر بدن (طبیعت) کا
 ایک قدرتی مظاہرہ ہے کہ وہ طبعی طور پر حفاظتِ بدنی کے فرائض انجام
 دینے میں غافل نہیں رہتی، اور اعضا کو زیادہ مڑنے اور ان کے طبعی
 وظائف کے زیادہ معطل ہونے سے روکتی ہے +

علاج :- بدنی تقویت کی غرض سے صاف ہوا میں ریاضت
 (از قسم سیر و تفریح و ہوا خوری) کرائیں۔ اچھی غذا ایں دیں، مثلاً گوشت
 بروغن ماہی اور دودھ وغیرہ کھلائیں، روشن اور ہوا دار مکان میں رکھا
 بسکن بنائیں، مقوی ادویہ مثلاً مرکبِ تولاد و برکت اور وہ دوائیں استعمال
 کرائیں جو خنازیر کے لئے مفید ہیں۔ کلشس نور آگین بھی کئی طور پر دیا جاتا
 ہے۔ اور مفید نتیجہ بخشتا ہے +

۱) نسخہ کلشس نور آگین - برادہ دندان فیل ۱۰۰ ماشہ لیکر
 دس دقیقہ سنٹ، تک پانی میں جو شدیں۔ پھر اسکا پانی چھلنی
 سے چھان لیں، جب اچھی طرح رس جائے، تو دوبارہ برادہ کو
 پھر پانی میں یہاں تک جو ش دیں کہ ہلام نکل آئے، اور برادہ اسقدر
 گھل جائے کہ وہ دانتوں سے چبا یا جاسکے۔ مزے کے لئے اس
 ہلام میں آبِ لیموں۔ شکر اور کوئی خوشبودار عرق مثلاً گلاب

۲) کلشیم فاسفیٹ +

۳) سکونا بارک +

یا کیوڑہ) وغیرہ شامل کر دیں + ہلام کے ساتھ ببادہ کو بھی کھالینا
چاہئے +

دیگر برادہ دندان فیل یا ہڈی کے ٹکڑوں کو اس قدر جلا لیں کہ
اسکا مادہ حیوانیہ فنا ہو جائے، پھر اسے حاشیہ مائید خضری
مخفف (ہلکا تیزاب نمک) میں حل کریں۔ پھر نو شادویہ کے
ذریعہ سے نور آگین اجزاء کو بطور رسوب کے تر نشین کر لیں، اور
دھوکڑی مذکورہ بالا تیزاب میں حل کر لیں + خوراک دس قطرہ
سے ۳۰ تک +

اگر جراح کے پاس کوئی ایسا بچہ لایا جائے، جسکے ہاتھ پاؤں
ٹیڑھے ہوں، تو اسے اس امر کی تحقیق کرنی چاہئے کہ آیا یہ عیب محض
جوڑکے ڈھیلے ہونے سے پیدا ہوا ہے، یا بذاتِ خاص ہڈیوں کے
خمیدہ ہونے سے + اگر ہڈیاں ٹیڑھی پائی جائیں تو ہرگز یہ امید نہ کرنی
چاہئے کہ یہ خود بخود سیدھی ہو جائیں گی۔ جیسا کہ عوام الناس، بلکہ بعض
اطباء بھی ایسا خیال کرتے ہیں + بلکہ امتدادِ زمانہ سے یہ عیب روز افزوں
ترقی پذیر ہی ہوتا جائیگا + اسی لئے اگر یہ مرض پاؤں کی ہڈیوں میں ہو تو
جراح کے لئے مناسب ہے کہ بجلتِ تمام، بلا تاخیر و تعویذ، پاؤں کے
اندراور باہر تختیاں (جبائز) رکھ کر پیٹوں سے باندھ دے۔ تاکہ ٹیڑھی
ہڈیاں دباؤ سے کھینچ کر سیدھی ہو جائیں، اور روزانہ انہیں کھول کر پاؤں
کی جلد گرم پانی سے دھوئی جائے، اور کھردرے رومال سے مالش

لے ایسٹ ہائیڈروکلورک ڈائیوٹ + ۳۵ فاسفیٹس +

۳۵ ایوینا +

کی جائے۔ جب تک بچہ کے پاؤں میں کافی قوت نہ آجائے، اس وقت تک اسکو زین پر چلنے پھرنے کے لئے نہ اتاریں۔ کیونکہ بچہ بہت جلد چلنا از سر نو سیکھ لیتا ہے + دودھ کے ساتھ چرنے کا پانی دینا بھی مناسب ہے +

اور اگر عیب محض جوڑکے ڈھیلے ہونے کی وجہ سے ہو تو مقوی اغذیہ و ادویہ دیں، اور پاؤں کی مالش کریں +

اگر ہڈی کا عیب عرصہ تک قائم رہے، اور اسقدر زیادہ ہو کہ چلنے پھرنے میں دشواری ہو، اور ہڈی بھی سخت ہو گئی ہو، تو ایسے موقع پر مناسب ہے کہ ہڈی کو از سر نو توڑ کر سیدھا بٹھایا جائے اور اسے جڑنے دیا جائے + اور اگر یہ ممکن نہ ہو تو جلد اور نرم اجزاء کو چیر کر بل کھائی ہوئی ہڈی کو کھولیں، اور آری سے کاٹ کر زخم کو بھرنے دیں۔ اگر زخم بہ قصد اول بھر جائے، تو علاج کو بدستور جاری رکھیں، ورنہ کسر مضاعف کے مانند علاج کریں +

رخاؤۃ العظام۔ ہڈیوں کا نرم ہو جانا

یہ مرض عام طور پر بوڑھی عورتوں کو لاحق ہوتا ہے، اس میں شدید احتقان دوسری کی وجہ سے ہڈی نرم و نازک ہو جاتی ہے، اجزاء ارضیہ (عناصر ترابیہ) ہڈی میں کم ہو جاتے ہیں، اور چربی زیادہ ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ہڈی اسقدر ملائم ہو جاتی ہے کہ وہ چاقو سے تراشی جاسکتی ہے۔ جب ہڈی کاٹ کر دیکھی جاتی ہے تو

لے ہیلنگ بائی فرسٹ ان ٹن شن + لے مولی ٹیز آشیسم۔ اسٹیو میل شیا +

ہڈی کی ساخت (سج عظمیٰ) باریک ملتی ہے، اور گودہ کی نالی (تجوین مخی-تجوین نقوی) کے اندر سیلا گاڑھا سیال ملتا ہے، جس کا رنگ وریڈی خون کے مانند سرخ، یا جگر کے رنگ سے کسی قدر ہلکا ہوتا ہے اگر خردین سے امتحان کیا جائے تو جالیدار نالیاں (ججاری مشبکہ) کشادہ ملتی ہیں۔ اور خانے کم ہوتے ہیں + اور یہ بھی ثابت ہوتا ہے کہ سیال مذکور کے رنگ کا تعلق روغنی دانوں، اور خون کے رنگنے والے مادہ (مادہ ملونہ-مادہ صباغیہ) سے ہے۔ جب یہ مرض اپنے آخری درجہ تک پہنچ جاتا ہے، تو گاہے بجائے ہڈی کے صرف جھلی باقی رہ جاتی ہے، جس کے اندر سخی مادہ جگر کے رنگ کا بھرا ہوا ملتا ہے + یہ مرض عام طور پر بدن کی تمام ہڈیوں میں عام ہوتا ہے، اور عورتوں میں خصوصیت کے ساتھ ہونے کی ہڈیاں زیادہ شدت سے مبتلا ہوتی ہیں +

عوارض - اسکے عوارض اس طرح شروع ہوتے ہیں کہ پہلے عام بدنی صحت خراب ہو جاتی ہے، ہڈیوں میں شدید درد ہوتا ہے، نفاذ پڑھ جاتی ہے۔ پسینہ کثرت سے آتا ہے، ہڈیاں ادنیٰ اسباب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ جو بہت تھوڑی مدت میں گاہے جڑ جاتی ہیں، لیکن اسکے بعد پھر معمولی اسباب سے ٹوٹ جاتی ہیں، مریض بہت جلد کمزور ہو کر صاحب فراش بن جاتا ہے، بتدریج ہڈیاں مڑنے اور ٹوٹنے لگتی ہیں۔ پسلیاں اور سینہ کی ہڈیاں کچھ عجیب و غریب طور پر ٹیڑھی ہو جاتی ہیں، یہاں تک کہ بھیچڑوں کے طبعی فعل کے بند ہو جانے اور قزای حیوانیہ کے ختم ہو جانے سے مریض ہلاک ہو جاتا ہے

عورتوں میں کو لمبے کی ہڈی گا ہے ٹیڑھی ہو جاتی ہے۔ جس سے بچہ جننے میں سخت دشواری لاحق ہوتی ہے، قارورہ میں کلس نور آگیں زیادہ پایا جاتا ہے۔ یہ مرض وجع مفاصل (حدار) کی وجہ سے بسا اوقات ہوتا ہے +

اسباب :- اس مرض کے اصلی اسباب نامعلوم سے ہیں، لیکن یہ ایک قسم کی طبعی کمزوری ہے +
علاج :- کوئی خاص علاج اس مرض کے لئے نہیں ہے، ہاں عام صحت درست کرنے کے لئے غذایہ وادویہ مقویہ استعمال کریں، درد میں تسکین دینے کی کوشش کریں۔ مگر چونے کے مرکبات اس میں استعمال نہ کریں +

ورم غشاء العظم۔ ہڈی کی جھلی کا ورم

التهاب الغشاء العظمی (التهاب السحاق) یہ عموماً ایسی ہڈیوں میں پیدا ہوتا ہے جو صرف جلد سے پوشیدہ ہیں، مثلاً ہنڈلی کی ہڈی رقبہ گہری (ہنڈلی کی ہڈی رقبہ) زندا سفلی یعنی کلانی کی زیرین ہڈی اور سرکی ہڈیاں وغیرہ +

اسباب :- اسکے بڑے اسباب تین ہیں۔

۱۔ آتشک (افرنجی)، اس میں بیضوی شکل کے نہایت حساس ابھار بن جاتے ہیں۔ جنکو عقدہ (گرہیں) کہتے ہیں، ان ابھاروں کے پیدا ہونے کی صورت یہ ہوتی ہے کہ خون کی مائیت اور مصل ہڈی کی

جعلی اور ہڈی کے درمیان مترشح ہو کر ابھار کی شکل میں تبدیل ہو جاتے ہیں +

۲۔ حدار یعنی گٹھیا۔ غلی انخصوص ان مریضوں میں جو سیما ب کے مرکبات بکثرت استعمال کرتے ہیں +
۳۔ خنازیر۔

پہلی دونوں قسموں میں جو درم (التهاب) ہوتا ہے، اس میں ماؤن ہڈیوں کی پوری (محیط) جعلی پھول جاتی ہے۔ لیکن خنازیر میں یہ مرض زیادہ تر بچوں کو ہوتا ہے۔ اور اسکے ساتھ شدید درد نہیں ہوتا۔ اس میں اکثر چھوٹی ہڈیاں مبتلا ہوتی ہیں +

ان تینوں اسباب کے علاوہ ضرب وغیرہ سے بھی گاہے یہ مرض ہو جاتا ہے + اسکے اندر مختلف اقسام کے جراثیم امتحان کے بعد ثابت ہوتے ہیں +

یہ درم حاد اور مزمن دونوں قسم کا ہوتا ہے۔ گاہے مقامی اور محدود ہوتا ہے، اور گاہے پھیلا ہوا +

جب یہ مرض حاد ہوتا ہے، یا جب اس کا مناسب علاج نہیں کیا جاتا تو گاہے درم متفج (بیپ دار) ہو جاتا ہے، گاہے ہڈی سڑ جاتی ہے (نخر) +

درد ہڈی کی ایک سطح پھول جاتی ہے، یا ہڈی کا مادہ ہڈی کی سطح پر جم جاتا ہے، اور جب یہ درم جوڑے قریب واقع ہوتا ہے تو عام طور پر جوڑے کی لبنی جعلی (غشاء زلالی) بھی مبتلا ہو جاتی ہے +
علاج :- جب یہ مرض حاد ہو تو جو نہیں لگائیں، نعلول ہتھال

کریں، تنقیہِ عمدہ و امعاء کے لئے ملین و مسهل دیں، سوتے وقت سفوف
عرق الذہب مرکب کھلائیں، خمر کلاح (شراب سورنجان)، ۲۰ قطرہ،
شخار بنفش آمیز ڈیڑھ رتی۔ پانی ایک ادقیہ۔ ہر چھ گھنٹے کے بعد دیں۔
اگر مرض آتشک سے یہ مرض ہو تو شدید عوارض کے دور ہونے کے
بعد سیاب کے مرکبات اور شخار بنفش آمیز کا استعمال کریں۔ شہرطیکم
ان ادویہ کا استعمال پہلے دیکھا گیا ہو +

اگر مرض مزمن شکل کا ہو تو مزمن ورم عظمیٰ کے مانند علاج کریں۔
آلام یلیہ (دش ب کے وقت کے درودوں) کے لئے بہترین تدبیر یہ ہے
کہ جنکین لگائیں، بار بار اور پے در پے حرارین رکھتے۔ داغ۔ جلانا،
استعمال کریں، صبح بنفشین طلا کریں۔ جس سے افادہ درد کے علاوہ
ورم بھی تحلیل ہوتا ہے۔ گاہے تسکین درد کے لئے افیون اور کنہ کنہ
بھی کھلائی جاتی ہے۔ صبح تفاح کے لگانے سے بھی درد میں افادہ
ہو جایا کرتا ہے +

اگر ہڈی اور جھلی کے درمیان رطوبت موجود ہو، اور مذکورہ
بالا علاج سے افادہ نہ ہوا ہو تو بذریعہ لمبے چاقو کے، جبکا پھل پتلا سا
ہو، جلد کے نیچے شکاف دیکر اسے بہائیں۔ تاکہ دباؤ کم ہو جائے۔ اور
تنی ہوئی رگوں سے خون نکل جائے، گاہے ہڈی کو کاٹنا بھی پڑتا ہے
اگر یہ مرض خنازیر کے مادہ سے ہو تو اس مخصوص مرض کی بھی رسالت
رکھیں +

۳۵ ٹنکچر آریڈون +

۳۶ ٹنکچر بلاڈونا +

۳۷ ڈو درس پاؤڈر +

۳۸ وائٹنم کاچی سائی

رہ۔ مَوْتُ الْعِظَام

ہڈی کا مردہ ہو جانا اس سے مراد یہ ہے کہ ہڈی کا بہت بڑا
بسیع حصہ مردہ ہو جائے۔ مثلاً لمبی ہڈیوں کے جسم کا ایک کافی
حصہ مبتلا ہو جائے۔ یا چھوٹی ہڈیوں کا جسم مردہ ہو جائے، نگاہے لمبی
ہڈیوں کے خانہ دار حصے میں بھی یہ مرض ہوتا ہے + یہ ایک مقامی مرض
ہے۔ برخلاف ازیں مرض نخر العظام (جس کا ذکر اسکے بعد آنے والا ہے)
خون کا مرض ہے + اس مرض میں ہڈی کا ناغرانا بھی شامل ہے،
جس میں ہڈی کا بوسیدہ ٹکڑا ہڈی کے چوڑے غلاف (غمد عظمیٰ) کے
اندر پایا جاتا ہے +

جب ہڈی کا کوئی سطحی طبقہ مردہ ہوتا ہے، تو اسے ممتاز طور پر
تفلسفہ کہا جاتا ہے۔ اسکے لئے کوئی غلاف نہیں بنتا، جیسا کہ ابھی
ذکر ہوا۔ مگر گاہے اسے رُتْمہ سطحیہ (ارمہ محیطیہ) کہتے ہیں۔ اور جب
ہڈی کا اندرونی طبقہ مردہ ہوتا ہے، جو نانی کے گرد ہوتا ہے، تو اسے
رُتْمہ مرکزیہ کہا جاتا ہے۔ لیکن جب پوری ہڈی مردہ ہو جاتی ہے، تو
اسے رُتْمہ کلیہ کہا جاتا ہے +

محل مرض۔ یہ مرض کثرت کے ساتھ ران کے زیریں حصے اور
بازو کے بالائی حصے میں ہوتا ہے، لیکن ہاتھ پاؤں کی اکثر ہڈیوں،

۴۵ ہریفرل نکر و سس +

۴۵ سنٹرل نکر و سس +

۴۵ ٹوٹل نکر و سس +

۴۵ نکر و سس +

۴۵ کیڑی +

۴۵ آکس نوئی ایشن +

دھڑا دھڑا سر کی اُن ہڈیوں میں بھی پایا جاتا ہے، جو سطح بدن سے قریب ہیں، مگر گہری ہڈیوں میں یہ مرض بہت کم پایا جاتا ہے۔ مثلاً سرے کھوپڑی کے تلو اور چہرہ کی اندرونی ہڈیاں۔ ان میں مقابلہ مرض نخر زیادہ ہوتا ہے۔
 رملہ کے دو معنی ہیں (۱) ہڈی کا مردہ ہو جانا۔ (۲) ہڈی کا مردہ

ملکر ڈالا۔ اس دوسرے معنی کے لئے لفظ ریمہ مخصوص ہے +

ماہیت :- ہڈی کی جھلی ہڈی کے ساتھ مردہ نہیں ہوتی ہے۔ اسلئے جب ہڈی جھلی سے الگ ہو جاتی ہے تو جھلی سے اور ارد گرد کے نرم اجزاء سے مایٹ متراخ ہو کر ہڈی بن جاتی ہے اور یہ نئی بنی ہوئی ہڈی زندہ ہڈی کے اجزاء سے ملکر مردہ حصہ (ریمہ) کے گرد ایک غلاف (غمد) بنا دیتی ہے + اس مردہ ہڈی کے الگ ہونے کی کیفیت وہی ہے، جس طرح نرم اعضا کے مردہ حصے الگ ہو جاتے ہیں، فرق اگر ہے تو صرف یہ ہے کہ یہاں وقت زیادہ صرف ہوتا ہے اور التهاب کے عوارض زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اس غلاف کے اندر کچھ کچی دانے (حبیبات بحیمہ) پیدا ہو جاتے ہیں، جنکے سرے مردہ ہڈی کے جوہر کو آہستہ آہستہ جذب کرتے رہتے ہیں، حتیٰ کہ ایک عرصہ دراز کے بعد ممکن ہے کہ سارا ریمہ (مردہ حصہ) پیپ میں گھل جائے، اور مرین بغیر کسی دستکاری کے تندرست ہو جائے مگر یہ صورت بالکل نادر الحدوث ہے، اور اُسی وقت یہ ہو سکتا ہے، جبکہ ریمہ چھوٹا ہو، اور مرین کی بدنی قوت ابھی اور کافی ہو + ریمہ کھر دیا ہوتا ہے، اس کے اندر بہت سی پستیاں اور چھید گھٹن لگی ہوئی لکڑی

کے مانند پائے جاتے ہیں، جو دراصل نچی دانوں کے فعل سے پیدا ہوتے ہیں۔ ہڈیوں کے سرے (کر دوس) عموماً شریک مرض نہیں ہوتے ہیں۔ جب مردہ حصہ (رمہ) الگ ہو جاتا ہے، یا الگ کر لیا جاتا ہے، تو ہڈی کا نیا پوست رجب کہ نائیت سے بنتا ہے، مگر اصلی ہڈی کی شکل قبول کر کے اس کے فعل کو پورا کرنے لگتا ہے۔ جب تک مردہ ٹکڑا اندر پڑا رہتا ہے، اسی قدر غلاف (غمد) روز بروز زیادہ مستحکم ہوتا جاتا ہے، حتیٰ کہ اسکی دبازت گاہے نصف قیراط تک پہنچ جاتی ہے ایسی حالت میں اسکے حجم اور وزن کے زیادہ ہو جانے کی وجہ سے خضو کی حرکات میں کم و بیش خلل آنے لگتا ہے +

گاہے غلاف مذکور رمیہ کے صرف ایک طرف بنتا ہے، اور گاہے غلاف کا ایک سر اکمزور ہوتا ہے، جو عضلی دباؤ سے ٹوٹ جاتا ہے، یا رمیہ کے نکالتے وقت وہ غلاف ہڈی سے الگ ہو جاتا ہو +

اسباب :- جوٹ لگنا، ہڈی کا درم، ہڈی کی جھلی کا درم، بڑھاپا، آتشک، جی قمر مزید، گٹھیا، ہڈی کی جھلی کا ہڈی سے جدا ہو جانا، نورین کے بخارات کا لگنا، جب یہ مرض بچوں میں مرض خنازیر کے باعث ہوتا ہے، تو عموماً یہ ہڈی کی جھلی کے اور ہڈی کے گودہ کے درم کا نتیجہ ہوا کرتا ہے + یعنی مرض خنازیر کے مادہ سے پہلے ہڈی کی جھلی باگودہ میں درم ہوتا ہے، اس کے بعد ہڈی مردہ ہو جاتی ہے +

عوارض و علامات :- التهاب حاد کے بعد ہڈی میں درم باقی رہتا ہے، اور وہ سطحی دباؤ نے (سوراخ) بشکل نا صورت قائم رہتے ہیں،

لذ اسکارلت نیور +

جس سے ابتداء میں پیپ خارج ہوئی تھی، جن میں سُرخ رنگ کے حاس دانے (انگور) پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان ناصوروں کا ایک سرا جلد میں ہوتا ہے، اور دوسرا سرا ہڈی کے سوراخوں سے ملا ہوا ہوتا ہے، جنکو کُنَا لُف کہا جاتا ہے۔ جب سلائی ان ناصوروں اور ترخانوں میں داخل کی جاتی ہے، تو مردہ ٹکڑہ غلاف کے اندر محسوس ہوتا ہے، اور گاہے وہ ٹکڑا بالکل الگ ہوتا ہے جو آبائی حرکت بھی کر سکتا ہے۔ لیکن گاہے یہ چسپاں اور غیر متحرک ہوتا جو گاہے اس مرض کی علامتیں بہت شدید ہوتی ہیں، جوڑ بھی شریک مرض ہوتا ہے۔ اور پیپ کے ساتھ ہڈی کی کڑی خارج ہوتی ہیں۔ اگر مردہ ٹکڑا بڑا ہوتا ہے، تو اندر ہی پھنس جاتا ہے، اور نئی ہڈی (خول - غد) کے اندر پڑا رہتا ہے؛ جب ہڈی کے ساتھ جھلی بھی مردہ ہو کر الگ ہو جاتی ہے، تو ہڈی نئی نہیں بنتی، اسلئے شفا و صحت کے بعد وہ عضو کسی قدر چھوٹا ہو جاتا ہے +

علاج :- جس قدر جلد ممکن ہو، مردہ ہڈی (رمیمہ) کو نکال لیں کیونکہ نیا غلاف اُس کے قائم مقام ہو جاتا ہے۔ اُس کے اندر چھوڑ دینے میں بعض اوقات خون کے متعفن اور مسموم ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے، یہ عمل حالات کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ اگر بوسیدہ ہڈی (رمیمہ) اپنے ترخانے سے باہر نکلی ہوئی ہو، اور پورے طور پر جدا ہو تو یَقَطُّ

لے کھراوی سی۔ کُنَا لُف - کُنَف کی جمع ہے۔ کُنَف کے معنی "نہاں خانہ، چھپنے والا" اور کسی جگہ کی خلا " (صراح) کُنَا لُف کو قلیطارت بھی کہتے ہیں۔ (قلیطہ ترخانہ) +

(جھٹی) سے پکڑ کر کھینچ لیں۔ اگر مردہ ہڈی بڑی ہو، اور راستہ تنگ ہو ہو تو دونوں ناصوروں کے درمیان کی ساخت اور جلد کو چیر کر ہڈی کو اکھول ڈالیں، اگر مردہ ہڈی غلاف کے اندر ہو تو آلہ شق بٹ منشاری یا مخصوص آری (منشار) سے کاٹ دیں، یا چھینی (منقر) از بھیل سے سوراخ کریں۔ یا مقطع اعظم نامی آلہ سے کاٹ دیں۔ تاکہ مردہ ہڈی کو اپنی جگہ سے نکالنا سہل ہو جائے + جب ایک سے زیادہ کنیفہ (بناں خانہ) ہو تو ہڈی کے دہانہ کو از بھیل یا منقار (منقر چھینی) سے کشادہ کریں۔ پھر مردہ ٹکڑے کو مخصوص لمقطة نکال لیں +

جب مردہ ٹکڑے کا نکالنا اس وجہ سے دشوار ہو کہ وہ زیادہ لمبا ہو، یا وہ غلاف کے ساتھ چپاں ہو تو مقطع اعظم نامی آلہ سے کاٹ کر یا منقار سے توڑ کر اُسکے ٹکڑوں کو ایک ایک کر کے نکال لیں + اس عمل میں جہاں تک ممکن ہو، نئی ہڈی کے غلاف اور ہڈی کی جھلی کو کم زخمی کریں +

مردہ ہڈی کو نکالنے کے لئے شگاف ایسی جانب دیں جو بڑی رگوں کی رفتار کے مخالف ہو، تاکہ چاقو یا ہڈی کی کرچوں سے وہ رگیں زخمی نہ ہو جائیں، لیکن یہ خانے بڑی رگوں کی راہ کے ہی قریب ہوں، تو ایسی صورت میں ناچار شگاف رگوں کی رفتار کے مقابل دینا

۱۔ اس مقصد کے لئے خاص قسم کی

جھٹی ہوتی ہے، جسکو لَقَط رِجّی (لکڑی) کہتے ہیں +

فارسی (کہتے ہیں) +

۲۔ ٹری فائنٹ +

۳۔ ہون کٹر +

پڑتا ہے۔ اور پوری احتیاط اور ہوشیاری سے کام لینا پڑتا ہے، تاکہ
بڈی تک پہنچنے اور نرم ساختوں کے کاٹنے میں کوئی بڑی رگ نہ کٹ
جائے۔ پھر سیسہ یا تانبہ کے طبقہ سے رگوں کو بچا کر مردہ ہڈی نکال
لی جائے +

اس عمل میں چونکہ بعض اوقات بہت زیادہ خون بہنے کا اندیشہ
ہوتا ہے، اسلئے بعض ماہرین نے یہ بندوبست کیا ہے کہ دستکاری
(علیت) سے پہلے عضو کے دوران خون کو بند کر دیتے ہیں۔ اس کی
ترکیب یہ ہے کہ پہلے عضومادنت کو پچکدار پٹی (عصا بہ لدنہ) سے لپیٹیں
یہ پٹی انگلیوں یا انگوٹھے سے شروع کی جاتی ہے۔ اور مقام مرض سے
کچھ اوپر تک ختم کی جاتی ہے۔ جس سے دریدوں کا خون اوپر و در
جاتا ہے۔ اسکے بعد پچکدار ڈوری (جبل لیدن) پٹی کے بالائی سرے
پر، جو مقام مرض سے اوپر ختم کی گئی ہے، عضو کے گرد لپیٹ کر مضبوطی
سے کس دیں۔ تاکہ شریانوں سے خون کی آمد بند ہو جائے۔ اس کے
بعد پٹی کو کھول دیں۔ عضو کا یہ سارا حصہ جو پچکدار ڈوری کے بند سے
نیچے واقع ہے، اسکا خون پچکدار پٹی کے دباؤ سے اوپر چڑھ جاتا ہے
اور یہ حصہ خون سے خالی ہو کر زرد پڑ جاتا ہے۔ اس کے بعد مذکورہ
بالا عمل کیا جائے اور ہڈی نکال کر اس کے خانے کو خالصتاً نظر آمیز
کے غسل سے دھو کر نمل نبشتی چھڑا کر دیں۔ اور صوفی نمل نبشتی

۱۵۰ آئیوڈو فارم +

۱۵۱ آئیوڈو فارم و ول +

۱۵۲ الاسٹک بینڈج +

۱۵۳ الاسٹک کارڈ +

۱۵۴ کلورائیڈ آف زنک +

اسکے اندر بھردیں۔ اسکے بعد معمولی پٹی (غصا بہ) سے باز نہ کر بند کو کھول دیں
اسکے کھولنے سے دورانِ خون طبعی طور پر جاری ہو جائیگا +
یہ عمل نہ سرت اس مقام میں کیا جاتا ہے، بلکہ تمام آن و تکاروں
میں کیا جاتا ہے، جن میں خون کا بند کرنا عملِ جراحی سے
پہلے ضروری ہے +

جب ایسی پٹیوں کے سرے (کرہ) دس اور ہاتھ پاؤں کے رخ کی
پٹیاں مردہ ہو جاتی ہیں، تو بالکل بوڑھا فاسد ہو جاتے ہیں، جبکہ دور
کرنے، یا عضو کو بالکل قطع کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے۔ لیکن
ایسی حالت میں ذرا عجلت سے کام نہ لینا چاہئے، بلکہ طبیعت کو مروج
دینا چاہئے کہ شاید وہ اپنی قوت سے مرض کی اصلاح کر ڈالے +
تفکّس جس میں پٹی کی سطح مردہ ہو جاتی ہے، عام طور پر
کسی ایسے مرض یا ایسی آفت سے واقع ہوتا ہے جس سے پٹی کی
سطح سے جھلی اتر جاتی ہے۔ لیکن یہ پٹی کو پورے طور پر مردہ نہیں
کر دیتا۔ اس لئے کہ اکثر پٹی کی سطح سے کچی دانے پیدا ہو جاتے ہیں
جس سے نئی جھلی بن جاتی ہے۔ بہر حال پٹی کی جو سطح جھلی سے خالی
ہوئی ہو، اسکا علاج ابتداء میں یہ ہے کہ حائض قطرائی مخفف، یا
حائض سوزجی (تیزاب شورہ) مخفف کے غسل سے دھوئیں، اور
جب پوست (فلس) الگ ہو جائے، تو دستکاری سے بہت جلد
اسے علاحدہ کر دیں +

گاسٹریک بیرونی سطح کے مردہ ہونے کی حالت میں تیزاب

لہ کار بولک ایسڈوائی لیوٹ +

لہ نائٹرک ایسڈوائی لیوٹ +

گندہک (حامض کبریتی) لگاتے ہیں +

نخر۔ ہڈی کا بوسیدہ ہونا

اس سے مراد ہڈی کا متقرح ہونا ہے، اسکو ہڈی کے مردہ ہونے (موت العظام) سے وہی نسبت ہے، جو تقرح کو شفا قدوس کہتے ہیں، یعنی تقرح کی طرح یہ بھی ہڈی کے ذرات کا ناسد ہو جانا یا مردہ ہو جانا ہے، (موت ذری) یہ خود کوئی مستقل مرض نہیں ہے، بلکہ التماس مزمن کا ایک بُرا نتیجہ ہے۔ بوسیدہ ہڈی کا رنگ سُرخ یا سیاہ ہو جاتا ہے، اسکے خانوں میں سُرخ لیسدار رطوبت بھری ہوتی ہے، ان خانوں کے اندر گاہے نرم کچی دانے (انگور) پائے جاتے ہیں جنہیں قوت حیوانیہ کم ہوتی ہے، ان دانوں میں سے بعض پیر کے سے دانوں (اُسبھاروں) میں تبدیل ہو کر ہڈی میں وہی تغیرات پیدا کرتے ہیں جو ان دانوں (درغن) سے نرم ساختوں میں پیدا ہوتے ہیں چنانچہ ہڈی میں پیپ بن جاتی ہے، اور پھوٹا باہر کی طرف پھوٹ پڑتا ہے اور ہڈی بتدریج گل کر اسکے ریزے اور ٹکڑے مواد کے ساتھ خارج ہوتے ہیں۔ اگر کوئی بوسیدہ ہڈی مٹی میں دبانے کے بعد اسکی رطوبت خشک کی جائے، تو اسخ کی طرح اس کے اندر بے شمار خانے نظر آئیں گے ہڈی نرم اور ملائم ملے گی، اسکی سطح ہموار نہو گی، گویا وہ گھٹی ہوئی ہو، ہڈی میں گودہ کی نالی ہڈی کے نئے رسوب سے بھری ہوئی ہوتی ہے

۱۔ مایکولر ڈتھ +

۲۔ ٹیوبرکل +

۱۔ سلفیورک ایسڈ +

۲۔ کیریز۔ آسٹیوپوروسس

گاہے ہڈی کے بالدار نازوں میں کبھی جیسات پیپ کے بغیر بن جاتے ہیں جن سے ہڈی کا جو ہر تدریجاً گل کر رہ جاتا ہے۔ اور متصل عضلات کی کشش سے عضو ٹیڑھا ہو جاتا ہے۔ مرض کی اس قسم کو مخروہ داخلی کہتے ہیں۔ یہ عموماً ہڈیوں کے سروں (کرو دوس) اور چھوٹی اسفنجی ساخت کی ہڈیوں میں ہوتا ہے۔ مثلاً ہاتھ اور پاؤں کے، سرخ کی ہڈیاں + عوارض و علامات ۱۔ اسکی مقامی علامتیں ہڈی کے مردہ ہونے کے مانند ہوتی ہیں، گاہے وہ ایک ناصور پائے جاتے ہیں، اگر سسائی داخل کی جائے، تو نرمی کی وجہ سے وہ ہڈی کے اندر گھس جاتی ہے، یہ مرض عموماً ان ہڈیوں میں پیدا ہوتا ہے، جن کی ساخت مشاشی (اسفنجی) ہوتی ہے، مثلاً ریڑھ کے سرے، پاؤں اور ہاتھ کے سرخ کی ہڈیاں، اور لمبی ہڈیوں کے سرے + گاہے عام بدنی علامتیں تقیح (د پیپ بننا) کے مانند پائی جاتی ہیں۔ مریض کمزور ہو جاتا ہے، گاہے تقیح دم (خون میں پیپ کا پونج جانا) تک نوبت پہنچتی ہے، ناصور جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں، وہ بالعموم سچیدہ اور ٹیڑھے ہوتے ہیں، اور گاہے اندرونی احشاء بھی شریک مرض ہو جاتے ہیں +

اسباب ۲۔ مرض خنازیرہ اور آتشک جیسے بعض امراض مزاجیہ سے گاہے یہ مرض ہوتا ہے۔ اسی طرح بعض اوقات مرکبات سیاب کا بے قاعدہ استعمال، یا دوسرا مرض بھی اس کا سبب بنتا ہے جس سے خون خراب ہو جائے،

علاج ۱۔ علاج کے دو حصے ہیں۔ اول خون کی اصلاح۔ دوم

مقامی علاج، اور سڑھی ہوئی ہڈی کا نکالنا۔

پہلے مقصد کے لئے تبدیل آب دہوا کرائیں، ایسی ادویہ دیں جو مقوی بدن اور مقوی خون ہوں، مثلاً روغن ماہی، اور فولاد بنفش آئیز وغیرہ، نیز ان امراض کا بھی علاج کریں جو اس مرنے کے اسباب ہوں +

اور دوسرے مقصد کے لئے بوسیدہ ہڈی کے اوپر کی ساخت کو چیرنا چاہئے، اور ساری بوسیدہ ہڈی کو، اگر ممکن ہو، تو نشر داری، یا از میل (جھینی) یا منقار سے نکال لینا چاہئے۔ خلار میں گاہے نل بنفشی بھرا جاتا ہے، اور گاہے عصیہ مار سین نامی ضادہ اگر ممکن نہ ہو تو ناصور میں ہلکا تیزاب شورہ یا ہلکا تیزاب گندہ کی پچکاری کریں۔ یا کوئی دوسرا تیز، جلانے (داغنے والا) مادہ استعمال کریں۔ بعض اوقات نلکیاں (انابیب) اسلئے داخل کی جاتی ہیں کہ اندر سے فاسد مادہ نکلتا رہے۔ اور اس کے ساتھ ہڈی کے ذرات بھی باہر آتے رہیں۔ اگر دستکاری سے بوسیدہ ہڈی کا نکالنا بھی ممکن ہو۔ اور عرصہ تک ان تیزابات کا پچکاری کرنا بھی محال ہو، اور یہ مرض ہاتھ یا پاؤں میں ہو، تو اس عضو کو کاٹ کر الگ کرنے میں دیر نہ کرنی چاہئے +

بعض اوقات بجلی لگانے، یا بنفشین کے داغ ڈالنے سے بھی فائدہ حاصل ہوتا ہے +

۱۔ بی آئی پی سیٹ +

۲۔ آئیوڈین +

۱۔ آئیوڈائن آرزن +

۲۔ آئیوڈ فارم +

ہڈی کا بڑھ جانا ضحامتِ عظم

اسکی وجہ گاہے خلقی اور پیدا کشی ہوتی ہے، جس میں بدن کی ساری ہڈیاں بڑھی ہوئی اور موٹی پائی جاتی ہیں، بچہ حبیب شکل کا ہو جاتا ہے +

اور گاہے اسکی وجہ درم و التهاب ہوتی ہے، جس سے کوئی خاص ہڈی بڑھ کر موٹی ہو جاتی ہے، اور گاہے کسی خاص مرض (مثلاً بعض امراض مفاصل) سے ہاتھ پاؤں کی ہڈیاں غیر طبعی طور پر بڑھ جاتی ہیں۔ اور گاہے بعض دیگر امراض سے جبڑے لمبے ہو جاتے ہیں +

شکار بنفش آمیز کا استعمال مفید خیال کیا جاتا ہے +

سلعات عظام۔ ہڈی کی رسولیاں

(۱) سلعہ و مویہ۔ گاہے ہڈی کے شبکہ (جالیہ ازخانون) میں خون کے انصباب سے رسولی پیدا ہو جاتی ہے؛ اسکی وجہ گاہے ضرب ہوتی ہے، جس سے رگیں پھٹ جاتی ہیں؛ اس حالت میں گاہے یہ خانے پھیل کر جذب ہو جاتے ہیں، اور بڑی بڑی نلایں پیدا ہو جاتی ہیں، جنکے اندر خون کے جے ہوئے، اور تھڑے پائے جاتے ہیں ان سب کے اوپر ہڈی کی جعلی محیط ہوتی ہے، بد رسولی کے لئے

سلعہ ہسی ٹوما +

سلعہ ہانی پر ہڈی آف برن +

سلعہ آئروڈ امڈ آف پولماسم +

تھیلی بن جاتی ہے + اسکی تشخیص بزل استقصائی سے کی جاتی ہے
یعنی بغرض تحقیق رسولی کے اندر جو فدا رسلائی داخل کر کے اندرونی
مواد نکالا جاتا ہے، تاکہ معلوم ہو جائے کہ رسولی کے اندر کس قسم کا
مادہ ہے + اندرونی و بیرونی تدابیر سے اسے جذب و تحلیل کرنے کی
سچی کریں۔ اور جب یہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو رسولی کو دستکاری سے
کاٹ کر الگ کریں +

(۲) گاہے غولی رسولی (سلعہ دمویہ) بچوں کے سر میں پیدائش
کے وقت پائی جاتی ہے، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ سر کی ہڈیوں میں
اور ان کے ارد گرد خون کا انصباب ہوتا ہے + چونکہ اس وقت بچہ
نہایت نازک اور کمزور ہوتا ہے، اس لئے دستکاری کرنے سے
اس وقت احتراز کرنا چاہیے +

(۳) سلعات نابضہ (ترپنے والی رسولیاں) گاہے
ہڈیوں میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ جنکی تین قسمیں ہیں۔ (۱) نرم سرطان
جس میں دوران خون بعض اوقات اس قدر سخت ہوتا ہے کہ پوری
رسولی ترپتی ہے۔ اور انورسا کی طرح اس کے اندر ازینہ ذکر کراہٹ
کی آواز سنائی دیتی ہے (۲) گاہے نیچے انتصابی ہڈی کے جوہر
میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ (۳) ہڈی کی شریان غازی کا انورسما +
انورسا علی العموم لمبی ہڈیوں کے سروں میں، خصوصاً قصبہ کبریٰ کے
بالائی سرے میں گھٹنے کے نیچے پیدا ہوتا ہے، جس میں مریض اس

سلعہ ارکٹائل ٹشو +

لے پئے اننگ ٹیومر +

سلعہ کری پی ٹیشن +

مقام کے اچانک درو کی شکایت کرتا ہے، اسکے بعد وہاں دردناک
دورم پیدا ہو جاتا ہے، پنڈلی کی ساری دریدیں پھول جاتی ہیں، پھر
سارے سر سرخ ہو کر دردناک ہو جاتا ہے۔ اور دورم میں نمایاں ٹرپ
اور نبض (خاھر ہونے لگتی ہے۔ ان درموں کا علاج اسکے سوا اور کچھ
نہیں ہے کہ وہ بڑی شریان باندھ دی جائے۔ یا اسے کاٹ دیا
جائے +

(۳) گاہے ہڈی میں سلعات زلالیہ (وہ رسولی جسکے اندر
بلغم سا مادہ پایا جاتا ہو) پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکی تشخیص چیرنے کے
بعد ہی ہو سکتی ہے +

علاج ۱۔ جہاں تک ممکن ہو، رسولی کی پتیلی اور اس ہڈی کو
نکال دیں جو رسولی کے گرد ہوتی ہے۔ پھر اس کی سطح پر توتیا رخاس
(کبریت آگین) کا حلول لگائیں (۲ پانی ۱۰۰ یا اس سے کم) +

(۴) ہڈیوں کا سرطان۔ بدن کی دوسری ساختوں سے زیادہ
ہڈیوں میں سرطان ہوا کرتا ہے، چنانچہ گاہے سرطان پہلے پہل
ہڈی ہی میں ہوتا ہے۔ اور گاہے دوسرے مقامات سے منتقل
ہو کر آتا ہے (مثلاً جھاتی کے سرطان سے منتقل ہو کر آنا، پسلی
صورت کو سرطان آؤلی کہتے ہیں۔ اور دوسری کو سرطان انتقالی
سرطانی مزاج سے عام طور پر بدن کی ہڈیاں لاغر ہو جاتی ہیں، جو
عضلات کے زور اور معمولی خارجی صدموں سے ٹوٹ جاتی ہیں،
سرطان آؤلی زیادہ تر بالائی جبڑے، انکے زیرین حصے اور پٹلی
سے میکس سسٹ +

کے بالائی حصے میں واقع ہوتا ہے۔ ہڈیوں کے سرطان کا علاج محض یہ ہے کہ اُسے کاٹ کر الگ کر دیا جائے، یا پورے عضو کو کاٹ دیا جائے۔

ہڈی کا لاغر ہو جانا۔ ہزال عظام

اسکا سبب بھی گاہے پیدا نشی (خلقی) ہوتا ہے، اور بچہ جب پیدا ہوتا ہے، تو اُس کی ہڈیاں اُسی وقت لاغر ہوتی ہیں۔ اور گاہے مرض کساح اور سلو (رسولی) سے ہڈیاں لاغر ہو جاتی ہیں۔ اُس مرض کا علاج کریں، جو اسکا سبب ہو +

ہڈی کا کچل جانا۔ رَضُّ الْعِظَام

ہڈی کے ساتھ جھلی بھی کچل کر مارت ہو جاتی ہے، مقام مارت پھول جاتا ہے۔ دروکی شکایت ہوتی ہے۔ چوٹ اور ضرب کا نشان پایا جاتا ہے +

عضو کو مناسب طور پر پٹی سے باندھ کر آرام دیں، بنفشیں لگائیں، شخار بنفش آمیز کا اندرونی استعمال کریں +

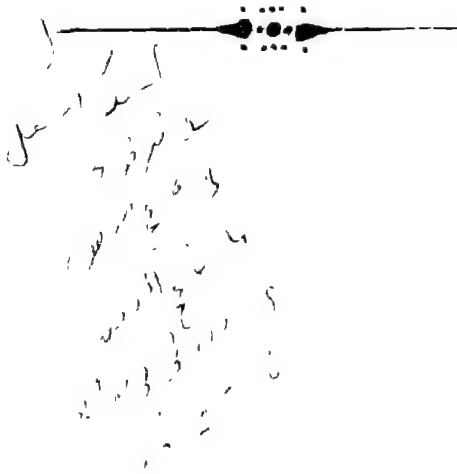
ہڈی کا مڑ جانا۔ التواء العظام

علی العموم یہ صورت بچوں میں واقع ہوتی ہے۔ خصوصاً اُس حالت میں جبکہ کسی وجہ سے ہڈیاں نازک، ملائم اور کمزور ہوں،

۱۵ اثر دینی آف بون +

۱۶ کن ٹیوژن آف بون +

اور انکے اندر اجزاء ارضیہ کم پائے جاتے ہوں۔ مناسب طور پر مالش کرنے اور پٹی باندھنے سے ہڈی سیدھی ہو سکتی ہے۔ کوئی خون کا مرض ہو تو اس کا علاج کریں +



باب دوازدوم

کسر عظام۔ ہڈی کا ٹوٹنا

تعریف کسر ہڈی کے اتصال کا یکا یک الگ ہو جانا کسر کہلاتا ہے، جس کا سبب علی العموم بیرونی صدمہ یا عضلات کے سکڑنے کا زور ہوتا ہے +

الْكُسْرُ لَفَقٌّ فِجَائِيٌّ فِي اتِّصَالِ عَظْمٍ مِنْ عَنَفٍ
خَارِجِيٍّ أَوْ مَهْدٍ عَضَلِيٍّ +

اسباب کسر

اسباب ہڈی کے ٹوٹنے کے اسباب دو قسم کے ہیں۔ اول وہ اسباب جنکی وجہ سے ہڈی میں کمزوری اور ٹوٹ جانے کی قابلیت پیدا ہو جاتی ہے (اسباب سابقہ یا اسباب حمیئہ)۔ دوم وہ اسباب جنکے عل سے ہڈی ٹوٹ جاتی ہے (اسباب واصلہ) +

اسباب حمیئہ پہلی قسم کے اسباب چند حصوں میں منقسم ہیں۔ مثلاً ہڈی کا مقام، عمر، جنس، بعض مخصوص امراض +

۱۔ ہڈی کا مقام۔ بعض ہڈیاں محل وقوع کی خصوصیت سے دوسری ہڈیوں کے مقابلہ میں نسبتاً زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں۔ مثلاً لہ فتریکر +

جو لوگ دائیں ہاتھ یا پاؤں سے زیادہ کام لیتے ہیں، انہیں دائیں طرف کی ہڈیاں زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں۔ اسی طرح لمبی پتلی ہڈیاں زیادہ بوجھ اٹھانے، سخت دباؤ پہنچنے، یا خاص قسم کے زور لگانے سے آسانی سے ٹوٹ جاتی ہیں + مثلاً بیلیاں، ہنسل، بازو، کلائی کی بالائی ہڈی، ران (اور خاص کر اسکی گردن) اور پنڈلی۔ ان میں سے بھی زیادہ تر پنڈلی اور ران کی ہڈیاں ٹوٹا کرتی ہیں، اسکے بعد کلائی کی + پاؤں کی ہڈیوں کے زیادہ ٹوٹنے کی وجہ یہ ہے کہ کودنے چھلانگ اور گرنے میں سارے بدن کا بوجھ پاؤں پر پڑتا ہے، اور دیگر حادثات کا اثر بھی زیادہ تر انہی پر پڑتا ہے، مثلاً گاڑیوں کے پیئے کا پھر جانا، جانوروں کے گھر سے چوٹ لگنا اور اسی قسم کے دیگر اسباب + اور کلائی کی ہڈیوں اور زیادہ تر بالائی ہڈی (زندہ اٹلی) کے ٹوٹنے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جب انسان ٹھوکر کھا کر گرنے لگتا ہے، تو محافطت کے خیال سے وہ قدرتا اپنے ہاتھ پھیلا کر سہارا لیتا ہے، جس میں سارے بدن کا بوجھ یک سخت ان ہاتھوں پر پڑ جاتا ہے۔ سر کی ہڈیوں کے زیادہ ٹوٹنے کی وجہ یہ ہے کہ یہ بالکل سطحی ہیں ان کے اوپر محض جلد ہے، یہ نرم ساختوں سے ڈھکی ہوئی نہیں ہیں جو صدمہ کو ہلکا کر دیا کرتی ہیں +

یہی حال زیرین جبڑے اور ناک کی ہڈیوں کا ہے۔ لیکن گہری ہڈیاں جنکے گرد موٹے موٹے عضلات کے گدے لگے ہوئے ہیں، اور برطرف مستحکم ریشہ دار جھلیوں سے ڈھکی ہوئی ہیں، مثلاً ریڑھ کے ہمرے اور پیڑھ کی ہڈیاں، یہ بہت کم ٹوٹا کرتی ہیں، ہاں اگر اسی

قسم کا کوئی سخت اور جانکاہ صدمہ پہنچے، مثلاً بھاری بھر کم گاڑیوں کے پیئوں کے نیچے آجائیں، یا بہت بلندی سے انسان گر پڑے، یا دو سواریوں کے درمیان آکر دب جائے، تو ایسی حالت میں یہ ہڈیاں بھی ٹوٹ سکتی ہیں۔ ایڑی اور سینہ کی ہڈی (قص) اور انہی جیسی بعض ہڈیاں بہت کم ٹوٹا کرتی ہیں، برعکس اسکے بعض ہڈیاں بہت زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں۔ مثلاً ران کی گردن زیادہ عمر والوں میں ۲۔ عمر مر یض۔ دو سے چار سال کے درمیان ہڈیاں زیادہ ٹوٹا کرتی ہیں، کیونکہ اس وقت ہڈیوں کی کمزوری کے باوجود بچہ کو چوٹ اور صدمہ پہنچنے کے زیادہ موقعے ہیں، اور جب وہ چلنے شروع کرتا ہے تو بار بار گرتا ہے، اسکے بعد پانچویں چھٹے سال تک چونکہ بچہ اچھی طرح چلنے پھرنے بھی لگتا ہے، اور سر پرستوں کی حسرت میں غموں گارہتا ہے، اسلئے اس وقت بھی یہ واقعہ کمتر ہوتا ہے۔ لیکن چھ سال کے بعد چونکہ بچہ تیز بھاگ دوڑا اور سخت قسم کے کیبل کو ڈھیر کرے، مکتب و مدارس میں یا سڑکوں پر اپنے ساتھیوں سے بھاگتی میں مقابلے کرتا ہے، اس وجہ سے اس عمر میں ہڈیاں بکثرت ٹوٹا کرتی ہیں، اسکے بعد بڑھاپے میں ۵۵ سال سے ۸۰ سال تک کسر بہت زیادہ واقع ہوا کرتا ہے۔ بوڑھوں میں کثرت وقوع کی وجہ ایک تو یہ ہے کہ ان کی ہڈیاں اجزاء ارضیہ کے زیادہ ہوجانے کی وجہ سے زیادہ جبر بھری ہو جاتی ہیں، اور ان سے قدرتی بچک جاتی رہتی ہے۔ دوسرا ان کے عضلات اور انکی توتیں کمزور ہو جاتی ہیں، اس لئے یہ جلد گر پڑتے اور ٹھوکر کھا جاتے ہیں +

جنس۔ دوسے ۵ سال تک لڑکوں سے زیادہ لڑکیاں اس میں مبتلا ہوتی ہیں ران میں باہمی ۵ اور ۲ کی نسبت ہے، کیونکہ لڑکیوں کی ہڈیاں باریک اور زیادہ نازک ہوتی ہیں۔ پانچ سال کے بعد حالت بدل جاتی ہے، بچے زیادہ کھیل کود کے مشتاق ہوتے ہیں، اس لئے لڑکیوں سے زیادہ لڑکے مبتلا ہوتے ہیں حتیٰ کہ ۱۵ سے بیس سال کے درمیان نسبت تقریباً ۲۰ و ایک کی ہوتی ہے۔ بیس سال کے بعد تعداد بتدریج کم ہونے لگتی ہے۔ اور پچھتر سال کے قریب دونوں کی تعداد تقریباً مساوی ہوتی ہے۔ لیکن مجموعی طور پر عورتوں کے مقابلہ میں یہ مرض مردوں میں تقریباً دو چندان ہوتا ہے۔

۴۔ بعض امراض مثلاً نفرس، دیر الحفر، خنازیر، سرطان سے ہڈیوں میں ٹوٹنے کی استعداد بڑھ جاتی ہے جس سے معمولی صدمہ بھی ہڈی کے ٹوٹنے میں کافی ہو جاتا ہے۔ لیکن ان امراض سے بھی زیادہ قابلیت مرضِ رفاوتِ عظام (ہڈی کا نرم ہو جانا) اور مرضِ کساحت سے حاصل ہوتی ہے۔ اسی طرح مقامی طور پر مرضِ نخر (بوسیدگی) موتِ العظام (ہڈی کا مردہ ہونا) ہشاشتمۃ العظام (ہڈی کا بھرنہرا ہو جانا)، انہیہ نخاعیہ، اوسا یا کسی دوسری رسیلی سے ہڈی کا متفرق ہو جانا، ہڈی میں مادہ درنیہ کا پھیل جانا، ہڈی کے جوہر کا نرم و التهاب اور دیگر اسباب سے ہڈی میں ٹوٹنے کے قابلیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس قسم کے کسر کو کسر مرضی کہا جاتا ہے۔

۱۔ سڑکھائی ابلیا +

۲۔ پیتھالوجیکل فریکچر +

۱۔ اسکار ہیوس +

۲۔ فرنگی لی ٹاس آسٹیم +

اسباب واصلہ کی دو قسمیں ہیں۔ (۱) بیرونی صدمہ (۲) عضلات کا فعل +

بیرونی صدمہ یا چوٹ :- اس کا فعل دو طور پر ہوتا ہے (۱) جس مقام پر چوٹ لگے، وہیں سے ہڈی ٹوٹ جائے (کسٹرو اصل) مثلاً گاڑی کے پہننے کا پھر جانا، توپ کے گولے یا بندوق کی گولی کا لگنا، یا لاشی وٹنٹے، اور ڈھیلے پتھر وغیرہ کا لگنا، (۲) چوٹ کسی اور مقام پر لگے اور ہڈی کہیں سے ٹوٹے، جیسا کہ علی العموم کو دہنے پھانڈنے، بلند مقام سے گرنے، بھاری چیز کے بدن پر پڑنے، دباؤ پہنچنے عضو کے مروڑنے وغیرہ سے واقع ہوتا ہے۔ اسکی ایک اچھی مثال یہ ہے کہ کوئی شخص چھت سے زمین پر کھڑا گرے، تو سب سے پہلے زمین سے اُسکے پاؤں لگیں گے۔ اور پاؤں سے صدمہ کا اثر ادر کے دوسرے اعضا میں پے در پے پہنچے گا۔ چنانچہ بہت ممکن ہے کہ اس طرح گرنے سے اُسکی پنڈلی ٹوٹ جائے، یا پنڈلی پیچی رہے اور ران ٹوٹ جائے یا رٹڑھ کے ہرے ٹوٹ جائیں، بلکہ گاہے ایسی صورت میں کھوڑی کے تلہ کی ہڈیاں ٹوٹ جایا کرتی ہیں۔ اسی طرح اگر کوئی شخص بلندی سے زمین پر ہاتھوں کے سہارے گرے، جس سے اُسکی کلائی، بازو، ہنسی یا شانہ کی ہڈی ٹوٹ جائے۔ ان تمام صورتوں میں یہ امر واضح ہے کہ ہڈی کی لمبائی میں زمین اور بدن کے بوجھ کے درمیان دباؤ پہنچتا ہے، جس میں گرنے کی حرکت سے اور بھی اضافہ ہو جاتا ہے، ہڈی کے ٹوٹنے کا رخ کدھر ہوتا ہے، یہ صدمہ کی قوت کے رخ پر اور عضو

لے ڈا کر کٹ کر یکجہ +

کی وضع اور اسکے مرن پر منحصر ہے +

عضلات کا فعل۔ گاہے ہڈی کے ٹوٹنے کا سبب بن جاتا ہے۔ جیسا کہ عموماً گلٹنے کی ہڈی، کہنی کے سرے اور زائندہ شقار مغرب میں عضلات کے بعض شدید انقباض کی صورت میں ہوا کرتے ہیں۔ ایسی ہڈیوں میں عضلات سے ایسا کم ہوتا ہے +

گاہے ماں کے پیٹ پر چوٹ لگنے سے جنین کی ہڈیاں ٹوٹ جایا کرتی ہیں۔ اگرچہ گاہے ایسا بھی تجربہ میں آیا ہے کہ بچہ کی ہڈیاں پیدائش کے وقت ٹوٹی ہوئی ملیں، اور ماں کو کسی قسم کی چوٹ نہیں لگی +

اقسام کسر

اقسام کسر | کسر کی تین بڑی قسمیں ہیں۔ کسر بسیط، کسر مرکب، اور کسر معناعت +

کسر بسیط۔ اسکو کسر لٹاؤج بھی کہتے ہیں۔ اس میں ہڈی سادہ طور پر ٹوٹ جاتی ہے۔ لیکن مقام کسر کی جلد یا غشاء، مخاطی زخمی نہیں ہوتی ہے (بسیط و سادج یعنی سادہ) +

کسر مرکب۔ اسکو کسر مکشوف بھی کہتے ہیں، اس میں جلد یا غشاء، مخاطی مقام کسر کے پاس زخمی ہوتی ہے۔ جلد اور غشاء، مخاطی گاہے اصل ضرب کی وجہ سے زخمی ہوتی ہے، اور گاہے ٹوٹی ہوئی ہڈی کی کہ چھیں ان کو اسی وقت چھید دیتی ہیں۔ یا بعد کو کسی بے احتیاطی سے ایسا واقع ہوتا ہے + چنانچہ محل وقوع سے زخمی مریضوں کے لیجانے

۱۵ کیونڈ فریکچر +

۱۶ سبیل فریکچر +

کے وقت اسکا خاص طور پر خیال رکھنا چاہئے مریض کو اس وقت تک ہرگز حرکت دینا چاہئے، جب تک کہ ٹوٹی ہوئی ہڈی اوپر اور نیچے سے باندھ نہ دی گئی ہو۔ ورنہ بہت ممکن ہے کہ بے قاعدہ ہلنے چلنے سے ہڈی کی کڑھیں تندرست ساختوں میں گھس کر ان کو زخمی کر دیں، اور مصیبت دہری ہو جائے + (مکشوف کھلا ہوا) +

کسر مرکب میں علی العموم عفونت پیدا ہو جاتی ہے، اور جب ایسا واقع ہوتا ہے تو اکثر زندگی معرض خطر میں آ جاتی ہے۔ اس لئے بعض جراح ایسی حالت میں فوراً عضو کو کاٹ کر الگ کر دیتے ہیں + کسر مضاعف + اسکو بعض لوگ کسر مختلط بھی کہتے ہیں + یہ وہ قسم ہے، جس میں صرف ہڈی ہی نہیں ٹوٹتی، بلکہ کوئی اہم عضو بھی ماؤن ہو جاتا ہے۔ مثلاً کسی بڑی شریان، ورید یا عصب کا پھٹ جانا، یا کسی اندرونی عضو مثلاً دماغ، شش، یا مثانہ و مجرای بول، میں کسی آفت کا پھونچنا یا کسر کے ساتھ جوڑ کا بھی ادا کھڑ جانا + اس قسم کے عوارض گاہے اُسی اصلی ضرب سے پیدا ہوتے ہیں، اور گاہے ہڈی کی کوئی تیز اور نوکدار کمرچ (شظایا) ان اعضا میں گھس جاتی ہیں + کسر کی یہ تقسیم (بسیط، مرکب اور مضاعف کی طرف) اس قدر مستحکم اور پائدار ہے کہ یہ تقریباً ہمیشہ قائم رہتی ہے + باقی ذیل کی بہت سی قسمیں دوسری وجہ سے کی گئی ہیں +

ہڈی کا پورے طور پر ٹوٹ جاتی ہے (کسر کامل) اور گاہے جزوی طور پر کسی قدر (کسر جزئی - کسر غیر کامل) اگرچہ صورت

۱۵ فریکچر +

۱۶ کبلی ٹیٹڈ فریکچر +

اول ہی کثیر الوقوع ہے +

کسر غیر کامل یا کسر جزئی - اسکی چند قسمیں ہیں - (۱) کسر صاعد یا صاعدی (۲) کسر فرعوی - (۳) کسر شظوی (۴) کسر ناقب +

(۱) کسر شجاع یا صاعدی - اس سے مراد ہڈی کا خط کی طرح چر جانا (انشقاق) ہے - اس طور پر کہ انشقاق نمایاں نہ ہو (صعد بھٹ جانا) - اسکی جگہ عام طور پر چھٹی ہڈیاں ہیں، مثلاً کھوپڑی کی اور پیڑ کی ہڈیاں اور شانہ کی ہڈی - گاہے یہ کسر کامل کا بڑا ہوتا ہے، یعنی کسر کامل کے مقام سے ادھر ادھر گاہے ہڈی چر جاتی ہے + اور گاہے ایسے صدمہ کی وجہ سے یہ صورت واقع ہوتی ہے جو دونوں ٹکڑوں کے جدا کرنے پر قادر نہیں ہوتا + گاہے رضعہ کی طرح چھوٹی ہڈیاں، اور گاہے لمبی ہڈیوں کے سرے (مثلاً بازو کی ہڈی کا سر) جی بھٹ جاتے ہیں - حتیٰ کہ گاہے ران اور بازو کی طرح لمبی ہڈیوں کے جسم میں یہی صورت واقع ہوتی ہے +

اس قسم کا کسر بالعموم باریک اور خط کے مانند ہوتا ہے، ٹوٹنے اور دبانی سے زندہ جسم میں معلوم نہیں ہوتا، ہاں اگر اسکے ساتھ جلد بٹی زخمی ہو تو ممکن ہے کہ زخم اس کی تخصیص میں سہولت پیدا کر دے اور وہ نظر آ سکے +

یہ بعض اوقات سخت خطرناک ثابت ہوتا ہے، اس سے ہڈی کی جھلی، یا ہڈی کے گودہ میں علی العموم مہلک قسم کا درم پیدا ہو جاتا ہے - اس قسم کے کسر میں شگاف دیکر ہڈی کی سطح تک پہنچنا

لے پارسل فریکچر ان کیبلٹ فریکچر +

لے شفر فریکچر +

جاہئے، اور ورم حار (التهاب) کے تمام علاج و تدابیر سے کام لینا چاہئے +

کسر خضر عجبی (خرعوب - خم کھائی ہوئی شاخ) اس میں بڑی اس طرح ٹوٹی ہے، جس طرح سبز اور تروتازہ شاخ کے موٹے سے اسکے بعض ریشے تو ٹوٹ جاتے ہیں، اور بعض ریشے مڑ جاتے ہیں۔ یہ صورت زیادہ تر بچوں میں پائی جاتی ہیں۔ جنکی ہڈیاں نرم اور پچھلی ہوتی ہیں۔ یہ گاہے چپٹی ہڈیوں میں واقع ہوتا ہے۔ اور گاہے لمبی ہڈیوں میں۔ لمبی ہڈیوں میں جب یہ قسم پیدا ہوتی ہے، تو وہ بل کھا جاتی ہیں، اور چپٹی ہڈیوں میں جب یہ کسر واقع ہوتا ہے، تو وہ دب جاتی ہیں؛ گاہے ہڈیوں کی پسیوں میں بھی کسر کی یہ قسم پائی جاتی ہے اس قسم کے کسر کا علاج محل وقوع کے لحاظ سے مختلف ہے۔ اگر یہ چپٹی ہڈی میں واقع ہو، اور کسی اندرونی اہم عضو میں کوئی آفت نہ ہو تو آرام و راحت پہنچائی جائے، اور وہ تدابیر استعمال کیں جائیں جو التهاب کے مخالف ہوں۔ اور اگر لمبی ہڈیوں میں واقع ہو تو لقمہ اسکان ہڈی کو باندھ کر اور دبا کر سیدھا کیا جائے، اسکے بعد کسر بسیط کی طرح لکڑیاں اور تختیاں (جائز) باندھ دی جائیں۔ اگرچہ بہترین نتائج زیادہ تر اسی طرح حاصل ہوئے ہیں کہ مرین کو بیہوش کر کے کسر کو پورے طور پر مکمل کر لیا جائے، یعنی پورے طور پر ہڈی توڑ دی جائے، اسکے بعد اپنی جگہ ٹھیک بٹھا کر اسے باندھ دیا جائے +

لہ گرین اسٹک فریکچر + ”غصن خرعوب۔ شاخ خمیدہ“ (صرائح) +

کسر منطویٰ رشتہ کی۔ بڑی کا ریزہ) جب بڑی تلوار، کلہاڑی
 ہتھوڑا یا کسی تیز دھار دار آلے کٹی جائے، یا کسی ناگاہ و اتفاقی حادثہ سے بڑی ٹوٹی ہو تو بڑی
 کی تیز اور نوکیلی کرچیں گا جو الگ ہو جاتی ہیں، گا ہے کسر منقّت (جس میں بڑی ریزہ ریزہ
 ہو جاتی ہے) سے بھی کرچیں نکل آتی ہیں، اسلئے ان دونوں میں تمیز کرنا چاہئے +
 چونکہ یہ ایک قسم کا کسر مرکب ہوتا ہے، اسلئے اسکا علاج کسر
 مرکب کے مانند ہونا چاہئے۔ مثلاً یہ کہ اگر وہ ریزہ بالکل الگ ہو گیا
 ہو، یا فقط جھلی کے جھال سے اٹکا ہوا ہو تو اسے بالکل نکال لینا
 چاہئے، اور اگر وہ ریزہ نرم ساختوں کے ساتھ اچھی طرح متصل و
 متحرک ہو، اور اسکی غذا کے بند ہونے کا امکان نہ ہو، تو اسے اصلی
 جگہ بٹھا کر حسب موقعہ بچی وغیرہ باندھ دیا جائے +

کسر ناقب (چھید کرنے والا کسر) اسکو ناقب العظم
 (بڑی میں چھید ہونا) بھی کہتے ہیں۔ یہ عموماً چاقوؤں، چھریوں، نیزوں
 سنگینوں، تیروں، بندوق کے چھروں اور گویوں وغیرہ سے
 واقع ہوتا ہے۔ اس قسم میں خطرہ اکثر اوقات بہت ہوتا ہے، کیونکہ
 اکثر اس قسم کے ساتھ شدید قسم کی جراحاتیں شامل ہوتی ہیں، گا ہے
 اندرونی اعضا، اور جوڑاؤں ہوتے ہیں۔ اسی لحاظ سے اس کا
 علاج الگ الگ بیانات میں انہی آفات کے ساتھ ہونا چاہئے۔
 اور اگر اسکے ساتھ کوئی بڑی آفت شریک نہ ہو، تو دوسرے کسر مرکب
 کے مانند اس کا اصول علاج ہونا چاہئے۔ مگر علی العموم اس میں چونکہ

۱۔ پر فور میڈ فریکچر۔ پینکچر ڈفریکچر۔

۲۔ اسپین ٹرو فریکچر +

۳۔ فریکچر +

ہڈی نہیں ٹوٹتی ہے، اسلئے جبیرہ (تختی وغیرہ) باندھنے کی ضرورت پیش نہیں آتی +

کسٹر کامل کی بھی چند قسمیں ہیں۔ کسٹر مستعرض جس میں ہڈی آڑے طور پر ٹوٹتی ہے (مستعرض۔ آڑا) کسٹر متطیل جس میں ہڈی لمبائی میں ٹوٹتی ہے (متطیل۔ لمبوتر) کسٹر مؤزب جس میں ہڈی ترچھے طور پر ٹوٹتی ہے (مؤزب۔ ترچھا) کسٹر ٹولٹی یا کسٹر حلزونی جس میں ہڈی پچکیش کی بل کی طرح ٹوٹتی ہے (لوب پچکیش + حلزون یگو نگھ) +

ان تمام صورتوں میں ٹوٹی ہوئی ہڈی کا دونوں سر میں سطح مستوی نہیں بنتی ہر ایک دونوں سر میں دندانے پیدا ہو جاتے ہیں، جو جوڑنے کے وقت ایک دوسرے میں بیٹھ کر جم جاتے ہیں +

گاہے لڑکوں اور چھوٹے بچوں میں (تقریباً پندرہ سال تک) لمبی ہڈیوں کے سرے (کر دوس۔ مشاش) جو جسم کے ساتھ جوانی میں مل جایا کرتے ہیں، بعض صدموں سے الگ ہو جایا کرتے ہیں، جو دراصل کسٹر ہڈی ٹوٹنا نہیں ہے۔ کیونکہ اوائل عمر میں ہڈیوں کے جسم اور یہ سرے بذریعہ غضروفی رابطہ کے الگ ہوا کرتے ہیں، مگر اسے کسٹر کر ڈوسی کہتے ہیں +

بہر حال جب یہ صورت واقع ہوتی ہے تو ہڈی کا یہ سرا اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے، اور عام طور پر یہ جزوی طور پر ہوا کرتا ہے +

۱۴۔ کیلیٹ فریکچر +	۱۴۔ آبلک فریکچر +
۱۵۔ ٹرنسورس فریکچر +	۱۵۔ سپائرل فریکچر +
۱۶۔ لائنجی ٹیوڈ نیل فریکچر +	۱۶۔ اپنی فیشیل فریکچر +

یہ صورت کسر سے اس قدر مشابہ ہوتی ہے کہ اُس سے تیز کرنا
دستوار ہے +

گا ہے اسکے ساتھ ہڈی کا جسم بھی اسکے قرب رجوار میں ٹوٹا ہوا
ہوتا ہے +

جب لمبی ہڈیاں جو ٹوں کے پاس ٹوٹتی ہیں، تو گا ہے ہڈیوں کا
جسم کر دوس (سرے) کی اسفنجی ساخت کے اندر گھس جاتا ہے، اور اس
مقام کی حرکت بند ہو جاتی ہے۔ اس قسم کے کسر کو کسر مذغم یا کسر مغز
کہتے ہیں۔ اس صورت میں ہڈی جدا نظر نہیں آتی۔ اور علامات کسریں
سے یہ خاص علامت ہڈی کا تفرق اتصال معلوم ہوتا) نہیں پائی
جاتی ہے اور ادنام گھس جانا + انغراز چھب جانا +

کسر متعدّد سے مراد یہ ہے کہ ایک ہڈی کئی مقام سے ٹوٹے
اگر ہڈی کے بہت سے ریزے ہو جائیں تو اسے کسر مفقّت کہتے
ہیں (تفتیت۔ ریزہ ریزہ کر دینا) +

کسر رحمی۔ جس میں بچہ کی ہڈی رحم ہی کے اندر عورت کے شکم
پر چوٹ لگنے سے یا کسی اور صورت سے ٹوٹ گئی ہو +

کسر خلقی خلقی۔ پیدائشی) وہ کسر جو بچہ کی پیدائش کے وقت
رحم کے انقباض سے، یا قابض وغیرہ کے آلات سے واقع ہوتا ہے +
کسر شعری (شعر بال) جس میں ہڈی کے اندر شیشہ کی طرح

۴۵ اٹرا یوٹرائن فریکچر +

۴۶ کن جے نی ٹل فریکچر +

۴۷ کبلری فریکچر +

۴۸ ایکٹا فریکچر +

۴۹ لٹی بل فریکچر +

۵۰ کامی یوٹا فریکچر +

، پڑ جاتا ہے +

کسٹروڈاتی۔ جس میں کسی مرض سے ہڈی اس قدر کمزور ہو جاتی ہو
مولی صدمہ سے خود بخود ٹوٹ جاتی ہے +
کسر مفصلی۔ جس میں ہڈی کی مفصلی سطح ٹوٹ جاتی ہو مفصل چٹا

علامات کسر

اسکی بعض علامتیں ایسی عام اور مشترک ہیں، جو دوسری آنتوں
بھی پائی جاتی ہیں، مثلاً درد۔ ورم۔ عضو کا حرکت نہ کر سنا۔ اور بعض
میں خاص اور یقینی ہیں، مثلاً ہڈی کا اپنی جگہ سے (جوڑ کے مقام
سوا دوسرے مقامات سے) ہٹ جانا (زیغان میلان) ٹوٹے
کے مقام سے کمر کرا ہٹ کی آواز پیدا ہونا (خشنخہ) جوڑ کے سوا
سرے مقام سے ہڈی کا ہل جانا + شعاع رائجینی سے عکس لیکر
ی کا دیکھنا مشاہدات کے قبیل سے ہے، جو یقین کا سبب جزیرت
یہ ہے +

تغیر ہئیت (عضو کی شکل کا بدل جانا) مثلاً عضو کا مڑ جانا،
ٹھ جانا، پٹیرھا ہو جانا، یہ علی العموم اس ضرب سے حاصل ہوتا ہے
سر کا سبب بنا ہے۔ اور گاہے عضلات کے سکڑنے سے بدشکلی
یر ہئیت) حاصل ہوتی ہے + عضلات کے انقباض سے گاہے
ٹلی ایک حد پر قائم ہو جاتی ہے، اور گاہے اس سے مزید اضافہ
اسپان ٹے ٹی اس فریکچر +

۵ آر ٹی کیو فریکچر +

جوائنٹ فریکچر +

ہو جاتا ہے + اگر جوڑکے قریب عضو کی شکل بدلے، تو کسر اور خلع میں اشتباہ ہو جاتا ہے۔ لیکن چند تشخیصی علامتوں کا ذکر اسکے بعد آئیگا۔ جس سے دونوں کے درمیان تیز ہو سکتی ہے + پسلیاں پیرہ کی ہڈیاں اور شانہ کے ٹوٹنے میں تغیر علی العموم خفیف ہوتا ہے۔ بدن کا بوجھ بھی تغیر میں اضافہ کر دیتا ہے۔ خصوصاً پاؤں کے کسور میں + کسور (کسر کی جمع) +

غیر طبعی حرکت کی قابلیت، جوڑکے سوا دوسرے کسی مقام میں، یہ کسر کے نمایاں اور یقینی علامات میں سے ہے۔ یہ علامت کسر جزئی، اور کسر منفرد میں نہیں پائی جاتی ہے۔ اور گا ہے اُن گہرے کسور (کسر کی جمع) میں بھی نہیں پائی جاتی ہے۔ جو گہرے جوڑوں کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ مثلاً کولہ اور شانہ کے قریب + اس قسم کی حرکت معلوم کرنے کے لئے جراح کو چاہئے کہ عضو ماؤدنا کو اوپر نیچے سے پکڑ کر ہلائے +

خشخشتہ۔ یا ضمیر۔ یعنی وہ آواز یا کرکراہٹ جو ٹوٹی ہوئی ہڈی کے دونوں سروں کے رگڑ کھانے سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ علامت بھی کسر جزئی مثلاً جبرجانی تازہ شاخ کی طرح ہڈی کا نامکمل ٹوٹنا، کسر منفرد اور اُن حالتوں میں نمایاں نہیں ہوتی، جن میں ہڈی کے دونوں سروے رگڑ نہیں کھا سکتے۔ ہڈیوں کے سروے کے الگ ہو جانے کی صورت میں بھی علی العموم یہ علامت نمایاں نہیں ہوتی ہے۔ اس آواز کے پیدا کرنے کی صورت یہ ہے کہ عضو کو کھینچ کر وضع طبعی پر لایا جائے، لہ کر ہی بی شس +

اسکے بعد ایک ٹکڑے کو دوسرے ٹکڑے پر گھمایا پھرایا جائے۔ یا ہڈی کے زیرین سرے کو پکڑ کر باہر ہڈی بل دیا جائے + مگر چونکہ ایسا کرنے میں سخت درد ہوتا ہے، اسلئے اسی وقت یہ عمل کرنا چاہئے، جبکہ دوسری علامتیں روپوش ہوں، اور وہ کسی طرح تشخیص میں مدد نہ دے سکیں + اگر ہڈی ٹوٹ کر عضلات کے اندر دب جائے، اور یہ آواز نمایاں نہ ہو سکے، تو آلہ مسمع الصدر (سینہ بن) کے ذریعہ سن سکتے ہیں +

گاہے ایک قسم کا جھوٹا صریر (خشخشہ کا ذب) اس وقت سنائی دیتا ہے، جبکہ جوڑوج مفاصل کی وجہ سے متورم اور سخت ہو جاتا ہے۔ لیکن یہاں ایک قسم کی ہلکی رگڑ معلوم ہوتی ہے۔ صاف کر کر لپیٹ نہیں پیدا ہوتی +

درد و درد اس حالت میں گاہے محض معمولی اور خفیف ہوتا ہے، اور گاہے اس قدر شدید کہ مریض مسلسل چیختا رہتا ہے + یہ درد علی العموم شروع میں بہت سخت ہوتا ہے، اسکے بعد رفتہ رفتہ کم ہوتا جاتا ہے، اور اخیر میں نہیں رہتا۔ ہاں اگر عضو کو ہلایا جائے تو اخیر میں بھی درد معلوم ہوتا ہے + جب مادہ عضو کو چھوا جاتا ہے، یا انگلی پھرائی جاتی ہے، تو جب ٹوٹی ہوئی جگہ پر انگلی پہنچتی ہے، تو مریض سخت درد کی شکایت کرتا ہے۔ گاہے ایسا بھی ہوتا ہے کہ مقام کسر سے دور عضو دبایا جاتا ہے، اور درد مقام کسر میں پیدا ہوتا ہے + گاہے میدان کارزار اور جدال و قتال میں با دوروں کا دل اس قدر متوجہ ہوتا ہے، یا بھاگنے کا خیال اتنا غالب ہوتا ہے

کہ درد کی پرواہ ہی نہیں ہوتی، اور نہ اسکا زیادہ احساس ہوتا ہے، لیکن کچھ عرصہ کے بعد جب دہاں ورم پیدا ہو جاتا ہے، تو درد کا احساس ہونے لگتا ہے + اس علامت سے بہت زیادہ فائدہ اُس وقت اٹھایا جاتا ہے، جبکہ بڑی چرگئی ہو اور اس کے دونوں سرے ٹٹ کر بالکل جدا ہو گئے ہوں +

سوجن۔ پھولن، مقام کسریں فوراً پیدا نہیں ہوتا ہے، بلکہ جب دہاں مواد کا انصباب ہوتا ہے، تو ورم نمایاں ہوتا ہے۔ اگر ممکن ہو تو ورم کے نمایاں ہونے سے پہلے ہی دیکھ لینا چاہئے۔ کیونکہ ورم علی العموم دوسری علامتوں کو پوشیدہ کر لیتا ہے، اور پھر تشخیص میں دشواری واقع ہوتی ہے۔ سوجن کا ہے کسر مضاعف کی صورتوں میں اُس خون سے بھی ہوتا ہے، جو ٹوٹی ہوئی بڑی رگوں سے بہتا ہے۔ بڑی ٹوٹ کر جب اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے (میلان۔ زلیقان) تو اس کی چند صورتیں پیدا ہوتی ہیں +

(۱) میلان جانبی (پہلوئی) اس میں بڑی کا ایک ٹکڑا سامنے اور دوسرا پیچھے، یا ایک ٹکڑا دائیں طرف اور دوسرا بائیں طرف چلا جاتا ہے، یہ صورت ایسے صدمہ سے واقع ہوتی ہے جو ایک ٹکڑے کو دوسرے کی سیدھ سے ہٹا دیتا ہے +

(۲) میلان زاوی (زاویہ گوشہ) میں بڑی اس طرح ٹٹ جاتی ہے کہ مقام کسریں ایک کونہ پیدا ہو جاتا ہے، اسکی وجہ کا ہے یہ ہوتی ہے کہ عضلات سکڑ کر عضو کو ایک طرف کھینچ لیتے ہیں، یا اسکی وجہ عضو کا

بوجھ ہوتا ہے + یہ میلان زیرین اطراف میں زیادہ ہوتا ہے + اس قسم کا میلان اُس صورت میں اکثر پایا جاتا ہے جبکہ ہڈی ٹوٹ جاتی ہے اور اسکے دوسرے سرے اپنے کھورے تیز دندانوں کے ذریعہ باہم جڑے ہوئے رہتے ہیں +

(۳) میلان لٹروی (رحار-چکی) میں ایک ٹکڑا قائم رہتا ہے، اور دوسرا ٹکڑا چکی کی طرح گھوم سکتا ہے، یہ صورت ران کی گردن اور بازو کی گردن کے ٹوٹنے میں نظر آتی ہے +

(۴) میلان تراکبی (تراکب) - ایک کا دوسرے پر سوار ہو جانا میں ہڈی کا ایک ٹکڑا دوسرے پر سوار ہو جاتا ہے - یہ صورت اُس وقت واقع ہوتی ہے جبکہ ہڈی کے ٹوٹنے کے بعد اسکے دونوں سرے عضلات کے انقباض سے ایک دوسرے پر سوار ہو جاتے ہیں اور پھسلے رہتے ہیں یہ صورت پنڈلی اور ران میں زیادہ نظر آتی ہے +

(۵) میلان اوٹغامی (ادغام-گرٹ جانا) میں لمبی ہڈی کا جسم سرور کی خانہ دار ساخت کے اندر گرٹ جاتا ہے، گاسے، اس صورت سے میلان زاویہ رگوشہ دار) بھی پیدا ہو جاتا ہے + اخیر کی ان دونوں (۴-۵) صورتوں میں ہاتھ پاؤں کی لمبائی نمایاں طور پر کم معلوم ہوتی ہے +

(۶) میلان متباعدتی (تباعد-دور ہو جانا) میں ہڈی کے دونوں سرے ایک دوسرے سے ہٹ کر دور ہو جاتے ہیں، یہ عبرت گشتہ کی

ہڈی کہنی کے سرے (زائدہ مرتقیہ) اور زندا سفل کے زائدہ متقار کے ٹٹنے میں عموماً واقع ہوتی ہے + جبکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عضلات ان کو کھینچ کر دور لے جاتے ہیں +

(۷) میلان تضاعطی (تضاعط - دب جانا) میں ہڈی دب جاتی ہے، اور اس میں نشیب پیدا ہو جاتا ہے - مذکورہ تغیرات شکل کی وجہ سے صرف چار ہو سکتی ہیں +

اول بیرونی سبب، جو ہڈی توڑنے کا سبب داسل (سبب قریب) ہے +

دویم برے طور پر ہڈی کو بٹھانا اور باندھنا +
سومیم بدحواسی اور بے ہوشی یا بے قراری کے عالم میں مریض کا ہلنا جلنا اور ہاتھ پاؤں مارنا، اور معالج کے احکام کو نہ ماننا +
چہارم عضلات ارادیہ یا غیر ارادیہ کی حرکت +

عوارض بدنی

دو قسم کے ہیں۔ اول وہ اثرات جو فوراً پیدا ہو جاتے ہیں، مثلاً صدمہ اور جریان خون (نزف)، جو حالات کے لحاظ سے مختلف نوعیت کے ہوتے ہیں +

دویم وہ عوارض جو تاخیر سے پیدا ہوتے ہیں (عوارض ثانویہ) مثلاً وہ بخار، بعض ضرب کی وجہ سے عفونت کے بغیر پیدا ہوتا ہے، (رحمی) تخریبی غیر عفونی، یہ حادثہ کے ایک یا دو روز بعد نمودار ہوتا ہے +

لہٰذا اسپیکل ٹرائو سے ملک فیور +

ماوجہ ہوتی ہے کہ خارج شدہ خون کے مادہ لیغین کا خمیر
 بن جذب ہو جاتا ہے + بخواروں کے کسریں ہڈیاں ارتعاشی
 م عرض کے طور پر پایا جاتا ہے۔ جب اسکے وقوع کی علامتیں
 م منذرہ نظر آنے لگیں، تو اس کی آمکور وکنے کی تدبیریں کی
 جبکا ذکر ایک مخصوص باب میں آئیگا + اور اگر ہڈیان کی صورت
 باے تو عضو کو حرکات سے بچانے کی تدبیر کی جائے۔ کوئی
 استعمال کیا جائے، جو سوکھنے کے بعد عضو کو حرکت و باز رکھنے
 س مقصد کے لئے گاسہ بونڈ پیرس استعمال کیا جائے +
 گا ہے چربی کے سدے رگوں کے اندر واقع ہوتے ہیں اسلئے
 م سے موت واقع ہوتی ہے +

ہڈی کے جڑنے کی کیفیت

انجبار ہڈی کا جڑنا) لٹنے کے بعد ہڈی کے جڑنے کی کیفیت
 ہ جو دوسرے نرم اعصاب میں ہوتی ہے، یعنی ٹوٹی ہوئی رگوں سے
 رج ہو کر ہڈی کے دونوں سروں کے درمیان کی جگہ کو بھر دیتا
 م خون میں چند گھنٹے کے بعد خون کے سفید دانے بڑھ جاتے
 ون کے لوتھڑے کو جذب کرنے کی خدمت انجام دیتے ہیں۔
 م کی خانہ دار ساخت کے کربات (دانے) بڑھنے لگتے ہیں جس سے
 م نئی ساخت پیدا ہو جاتی ہے، جو خون کے لوتھڑے کی جگہ کو

۱۷ بلاسٹران پیرس +

۱۸ فرمنٹ +

۱۹ فیٹ ابولزم +

۲۰ ٹری سنس +

پُر کر دیتی ہے۔ یہ نئی ساخت نیچ ندلی ہوتی ہے، لیکن یہاں اس سے زائد بات یہ پائی جاتی ہے کہ جو نئی ریشہ دار ساخت (نیچ یعنی) بنتی ہے وہ آخر میں ہڈی ہو جاتی ہے۔ اس نئی ساخت کے ہڈی بنانے میں زیادہ تر ہڈی کی جھلی کام کرتی ہے + یہ جھلی کچھ دور تک خون سے پُر اور موٹی ہو جاتی ہے، اس سے ریشہ دار ساخت جو بنتی ہے، وہ اس سختی سے مل جاتی ہے جو خون کے لوتھڑے کی جگہ بنتی ہے + جس سے ہڈی کے اندر اور باہر اس مقام پر گانٹھیں (دش بند) بن جاتی ہیں۔ اندرونی ابھار کو دش بندِ نفیسی کہتے ہیں (نقا کہ وہ ہڈی کا) اور بیرونی کو دش بندِ خارجی + یہ دونوں گانٹھیں چند روز میں تحلیل ہو جاتی ہیں + اگر ہڈیوں کے دونوں سرے باقاعدہ اپنی جگہ جڑے ہوئے ہوں، تو بعد کو ایسے مل جاتے ہیں کہ کسر کا محل وقوع معلوم کرنا دشوار ہوتا ہے اور یہ کہنا مشکل ہوتا ہے کہ ہڈی یہاں سے ٹوٹی ہے +

ایسی کسے باہر کی طرف جو گانٹھ بنتی ہو سکو دش بندِ وقتی بھی کہتے ہیں۔ کیونکہ یہ کم و بیش رات کے بعد جذب و تحلیل ہو کر نامعلوم ہو جاتا ہو سکتا ہے۔ عمومی تین چار ہفتوں میں ہڈی کے اندر ایسی سختی آ جاتی ہو کہ وہ آسانی سے ٹوٹ سکتی، اگرچہ ابتدائی نئی ساخت نرم اور اسفنجی ہوتی ہے۔ جو کچھ عرصہ میں سخت اور ٹھوس بن جاتی ہے + اگر عضو اٹھا کر غلاف میں سکون و آرام سے بے حرکت نہیں رکھا گیا، تو بیرونی گانٹھ دش بندِ وقتی۔ غلافی کی مقدار بڑھ جاتی ہے۔ اور وہی باتیں واقع

۱۔ کینسر +

۲۔ اکس ٹرنل کیلس +

۳۔ میڈری کیلس +

۴۔ پروڈیٹل کیلس ران شی تنگ کیلس، دش بند غلافی +

ہوتی ہیں، جو ہڈی کے بے قاعدہ جڑنے کی صورت میں نمایاں ہو سکتی ہیں۔ اگر ہڈیوں کے سرے ایک دوسرے پر چڑھے ہوئے ہوں، یا دونوں سرے ٹھیک ایک دوسرے کے برابر ہوں، تو ہڈیوں کے اتصال کی صورت دشبذ غلافی (دقتی) کی شکل میں ہوتی ہے، یعنی جوڑے کے مقام پر باہر سے ایک اور بھار غلاف کی طرح بن جاتا ہے۔ اور ہڈی کے اندر کی مالی پورے طور پر ہڈی کے طبقات سے بند ہوتی ہے۔ ایک ہفتہ کے اختتام کے بعد نئی ہڈی بننے لگتی ہے۔ اور چھ ہفتہ کے بعد تندرست اشخاص میں کافی مضبوطی کے ساتھ ہڈی جڑ جاتی ہے اور اس قابل ہو جاتی ہے کہ بندشوں (جباہر) کو علیحدہ کر دیا جائے۔ زندا علی و زندا سفلی جیسی چھوٹی ہڈیوں میں عموماً تین ہفتہ کافی ہو کر تے ہیں۔ گاہے آس پاس کی نرم ساختیں باہم جڑ جاتی ہیں، اور سخت اکھن کا باعث ہوتی ہیں۔

علاج کسور

کسور بسبب کسر کے علاج میں صرف یہی مدنظر نہیں ہونا چاہئے کہ ٹوٹی ہوئی ہڈیاں جڑ جائیں، بلکہ یہ بھی ملحوظ خاطر ہونا چاہئے کہ آس پاس کی ساختیں جو مادن ہو گئی ہیں، انکا بھی مناسب علاج ہو۔ اسکی اہمیت ان حالتوں میں زیادہ ہے، جو جوڑوں کے قریب واقع ہوں، جہاں اسکا مکان زیادہ ہوتا ہے کہ جوڑ سخت ہو جائے اور وہ حرکت کرنے کے قابل نہ رہے۔

کسر کا علاج چند عنوانات میں بتایا جاسکتا ہے۔

۱۔ مریض کو ایک جگہ سے دوسری جگہ منتقل کرنا۔



۲۔ ہڈی کا اپنی جگہ ٹٹا کر لانا، اور اسے اچھی طرح ملا کر بٹھا دینا۔

۳۔ ہڈی، بندش اور جبا ئر وغیرہ لگا کر اسکو بے حرکت رکھنا +

۴۔ وہاں کے تغذیہ اور پرورش کو ترقی دینا۔ اور نرم ساخت کو

جڑنے نہ دینا +

۱۔ نقل مریض | ہڈی ٹوٹ جانیکے بعد مریض کو بڑی احتیاط اور خبرداری

سے مکان یا شفا خانہ تک لے جانا چاہئے، تاکہ حرکت سے زخم میں اضافہ

نہو، اسلئے مناسب ہے کہ وقتی طور پر عارضی جبا ئر مثلاً چٹری، چستری،

تکیہ، گدی وغیرہ) باندھ دیے جائیں، بشرطیکہ ہاتھ پاؤں (ا اطراف) کی

کوئی ہڈی ٹوٹی ہو، تاکہ وہ حرکت نہ کر سکیں۔ ورنہ بسا اوقات ایسا ہوتا ہے

کہ ہڈی کی تیز کرچوں سے کوئی رگ پھٹ جاتی ہے، یا جلد زخمی ہو جاتی ہے

جس سے کسر بسیط کسر مرکب ہو جاتا ہے + اگر زیرین اطراف کی ہڈی

ٹوٹ گئی ہو تو مریض کے دونوں پیروں کو آپس میں ٹٹنے اور گھٹنے کے

مقام سے باندھ دیں، اور پاپائی یا تختہ وغیرہ پر ٹٹا کر آہستہ آہستہ

لے جائیں +

۲۔ زرد کسر | ہڈی کا اپنی جگہ پر ٹٹا کر لانا، اور اسے اچھی طرح ملا کر بٹھا دینا

اس کی ضرورت وہاں ہوتی ہے، جہاں ہڈی کے سرے بے جگہ ہو گئے

ہوں + اس عمل کو کام میں لانے سے پیشتر مناسب ہے کہ عضو کے

باندھنے کا سارا سامان (ہڈی، جبا ئر وغیرہ) اپنے پاس تیار رکھے بعض

حالتوں میں ہڈی اپنی جگہ صرف اس طرح بیٹھ جاتی ہے کہ انگلیوں سے

وہاں ٹٹوٹا اور دبانا پڑتا ہے + مگر بعض حالتوں میں ضرورت اس

لے ری ڈکشن +

امر کی ہوتی ہے کہ پہلے عضلات ڈھیلے کر لئے جائیں، جو عضو کی بدستوری کے باعث ہوتے ہیں، اور اسے بری شکل پر قائم رکھتے ہیں، اس کے بعد زور سے عضو کو پھیلا کر کھینچا جائے + بعض حالتوں میں تحدید یعنی سن اور بیہوش کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے، تاکہ عضلات ڈھیلے ہو جائیں اور درد نہ محسوس ہو + اور گناہے عضلات کی نسوں کو کاٹنا پڑتا ہے، اسکے بعد ہڈی بٹائی جاتی ہے + گاہے مقامی طور پر جیس کرنے کے لئے دو تین قطرے کوکین کی بچکاری کر کے مقام ہاؤن کے اوپر آدھ غلطہ شراین لگاتے ہیں +

ہڈی کے اپنی جگہ بیٹھنے میں جو چیزیں رکاوٹ پیدا کرتی ہیں، وہ یہ ہیں، عضلات کا تشنج، ٹوٹی ہوئی ہڈی کے ڈھیلے ٹکڑوں کا موجود ہونا ٹوٹے ہوئے سروں کے درمیان عضلات یا نسوں کا آجانا +

۳۔ سکون | بندش اور جبار وغیرہ کے استعمال سے، یا کسی اور طرح عضو کو پھیلا کر بے حرکت رکھنا۔ اس مقصد کے لئے کئی تدبیریں برتی جاتی ہیں +

۱۔ تختیوں اور جببوں کا استعمال کرنا۔ جببے مختلف چیزوں سے بنائے جاتے ہیں۔ مثلاً لکڑی، دھات، چمڑہ وغیرہ +

۲۔ پٹی وغیرہ باندھنا +

۳۔ عضو کو کھینچ کر پھیلانا +

۴۔ دوسرے آلات و سامان سے ہڈی کے سروں کو جوڑ کر باندھ دینا +

۱۔ انس تقی زیا + کا ایک آرہے جس سے دوران خون اس

۲۔ ٹورنی کیٹ شرانوں کے دبانے عضو کا بند ہو جاتا ہے +

جائز کے استعمال کے متعلق چند قواعد کلیہ مقرر ہیں۔
 اول یہ کہ یہ جائز ایسے ہوں کہ مقام کسر سے اوپر اور نیچے کے
 جوڑ حرکت نہ کر سکیں +

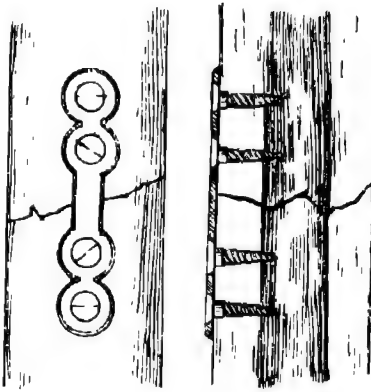
دویم۔ جائز کی جوڑائی عضو کی جوڑائی سے زیادہ ہو +
 سویم۔ جائز کے نیچے گدھی رکھنا چاہئے۔ تاکہ اس کا دباؤ جلد کے
 نیچے کی ساخت پر ہڈیوں کے اوہاروں کے مقام میں، اور مقام کسر
 میں نہ پڑے + گدیوں کی لمبائی جوڑائی جائز کے موافق ہونی چاہئے،
 جائز کے نیچے عصاب رپٹی نہ ہونی چاہئے، سوائے اس پٹی کے جو اسادہ
 کو اپنی جگہ قائم رکھنے کے لئے استعمال کی جائے + دوسرے دن مقام
 کسر سے نیچے کے حصہ کا عائد کرنا چاہئے، کیونکہ پٹیاں اگر زیادہ کسی
 ہوئی ہوتی ہیں تو یہ حصے سن، بے حس، نیلے اور سرد پڑ جاتے ہیں +

جائز کے استعمال کے متعلق قواعد کلیہ

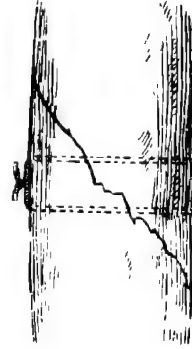
آلات کے ذریعہ ہڈی کا جوڑنا (تجسیرائی)، اسکی ضرورت
 عموماً گھٹنے کی ہڈی (رضفہ) اور کہنی کی ہڈی (زائدہ مرفقیہ) کے کسر میں
 اور پنڈلی کی ہڈی (رقصبہ کبریٰ) کے ترچھے کسر (کسر مؤرب) میں ہوتی
 ہے۔ جو درمیانی اور زیریں تہائیوں کے مقام اتصال میں واقع ہوتا
 ہے؛ کیونکہ آخری شکل میں ہڈی کو اپنے مقام پر قائم رکھنا سخت دشوار
 ہوتا ہے + بہت سی صورتوں میں ٹوٹی ہوئی ہڈی کو خارجی طبقات
 سے باندھتے ہیں، یہ صورت زیادہ کسر مرکب میں استعمال کی جاتی
 ہے، اور گاہے اُن سادہ کسور میں بھی برقی جاتی ہے، جو جوڑ دینے

لے ڈریسنگ +

لے ڈریسنگ +



تصویر (۵۷)



تصویر (۵۶)

کسر مستعرض (آڑے) کو اس طرح جوڑا
گیا ہے کہ پہلے مناسب طبقہ (پیرت)
رکھ کر بچوں کے ذریعہ کس دیا گیا ہے
بائیں تصویر میں اگلا منحنی دکھلایا گیا
ہے، اور دائیں تصویر میں اندرونی
حصہ کاٹ کر تباہ کیا گیا ہے، تاکہ یہ
معلوم ہو سکے کہ بیچ ہڈی کے اندر
کیونکر کس جاتے ہیں +

کسر مؤرب (ترجھے) کو چاندی
کے تار سے کسا گیا ہے۔ اس تار
کو ہڈی کی پوری دباؤت میں
آڑے طور پر گزارا گیا ہے +

قریب واقع ہوتے ہیں، اور چنکو جیسروں کے ذریعہ اپنی جگہ قائم رکھنا دشوار ہوتا ہے۔ اس عمل میں پہلے ہڈی کے سرے اچھی طرح نمایاں کئے جاتے ہیں، اسکے بعد ان سروں کو اچھی طرح پکڑ کر باہم جٹایا جاتا ہے، اسکے بعد برمر سے چھید کر کے تار کی سلائی کر دی جاتی ہے، یا بیج کس دیے جاتے ہیں، یا چاروں طرف شبیہ کا ایک پرت چڑھا کر کس دیا جاتا ہے۔

ماؤن عضوں کی مالش اور ہلکی ریاضت بہت ضروری چیز ہے، تاکہ جوڑا اور عضلات جڑ کر بے حرکت نہو جائیں، اس سے صرف یہی فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ تفتہ اور پردہ کو نہیں ہوتا ہے، بلکہ اس سے یہ فائدہ بھی پہونچتا ہے کہ ترقی دینا اور ساختہ کو کہ ہڈی جڑانے کے بعد مرہین بہت سی پریشانیوں جڑنے سے روکنا اور عوارض سے بچ جاتا ہے۔ جہاں جبیرے استعمال کئے جاتے ہیں، وہاں تین ہفتے کے بعد اسے شروع کرنا چاہئے اور نہایت احتیاط رکھنی چاہئے کہ ہڈی کا تازہ اتصال نہ جاتا رہے۔ ہاتھ کے پہونچے اور ٹخنہ جیسے جوڑوں کے پاس جب ہڈی ٹوٹتی ہے، تو یہاں تین دن گزرنے کے بعد مالش شروع کر دی جاتی ہے، اور ایک ہاتھ سے مقام کسر کو پکڑ کر سہارا دیا جاتا ہے کہ اس میں غیر ضروری حرکت نہ پہونچے۔ کسر کی حالتوں میں جب مالش کا استعمال نہیں کیا جاتا ہے تو اکثر اوقات جوڑوں کی سختی، مقام ماؤن کا ورم و بیج (سو جن) اور عضلات کی لاغری نہایت تکلیف دیتی ہے۔

عوارض جو انسانے (۱) پیپٹری کے کاہرم ذوات (اریہ) جو عموماً بوڑھے علاج میں پیدا ہو جاتے ہیں آدمیوں میں زیادہ عرصہ تک چت پڑے رہنے سے پیدا ہوتا ہے (ذات الریہ رسوبیہ) یہ عموماً اُس وقت ہوتا ہے جبکہ ران کی ہڈی کی گردن رباط کیسی کے اندر ٹوٹتی ہے (کسر داخل الکیش)، اور وہ جلد جڑتی نہیں۔ اسی وجہ سے مناسب ہے کہ مریضوں کو جلد سے جلد اجازت دینی چاہئے کہ کوئی سہارا لیکر اٹھائیں، دراختیایکہ عضو جبریل سے بندھا ہوا ہو۔

ذات الریہ رسوبیہ اُسے کہتے ہیں جو پیپٹریوں میں خون کے اجتماع درسوب سے لاحق ہوتا ہے۔ یہ زیادہ تر بوڑھوں و کمزور آدمیوں میں ہوتا ہے جن میں دوران خون بہت کمزور ہوتا ہو۔

۲۔ زخم بستر (تقرح قطاءہ) قروح الفراش) گا ہے عمر رسیدہ آدمیوں میں ہو جاتا ہے، جو کہ عرصہ تک کسی کسر کی وجہ سے چت پڑے رہتے ہیں۔

(۳) گا ہے بعض مریضوں کو میا کھی (عکاز) بغل میں لگا کر چلنے سے ایک قسم کا فاج ہو جاتا ہے (فاج عکازی) کیونکہ میا کھی کے دباؤ سے بغل کے عصبی جال پر (علی انخصوص عصب عضلی طولب پر) دباؤ پڑتا ہے۔ اس سے بچنے کی صورت یہ ہے کہ اس قسم کی میا کھی

۱۔ باپو سے لگ نہوینا۔

چلتا ہے۔

۲۔ انٹراکیشہ لوزیکچر۔

۳۔ کترنج پالیسی۔

۴۔ عکاز (کترنج) میا کھی، وہ لمبی

۵۔ مکیو لراسپائرل نرو۔

لاٹھی جس کا سہارا بغل میں لگا کر مریض

استمال کی جائے جسکے بالائی سرے میں نرم جھکدار گدھی ہو۔ اور درمیان میں ہاتھ کے سہارے کے لئے کوئی آڑی لکڑی لگی ہوتا کہ مریض اپنے بدن کا بوجھ کچھ ہاتھ پر ڈال سکے، اور بغل کے دباؤ کو کچھ کم کر سکے۔ اگر یہ مرض پیدا ہو چکا ہو تو اسکا علاج یہ ہے کہ اس آلہ کا استعمال بند کر دیا جائے، ڈھیلے عضلات کی مالش کی جائے، اور تحریک عمل کے لئے بجلی پہنچائی جائے +

(۴) کلانی یا کہنی جب بچوں میں ٹوٹتی ہے، تو گاہے انگلیاں سکت جاتی ہیں، اور قوت تحریک زائل ہو جاتی ہے + کیونکہ خون کے کم پہنچنے سے عضلات لاغر ہو کر سکت جاتے ہیں۔ اسکا علاج بھی وہی مالش اور بجلی پہنچانا ہے +

(۵) گاہے عضلات کے اندر ایک قسم کا سخت مادہ بن جاتا ہے، جسکی ساخت ہڈی کے مانند ہوتی ہے، یہ دراصل عضلات کے ایک خاص قسم کے ورم (ورم عضلی معظم) کا نتیجہ ہوتا ہے، (معظم ہڈی بنا کر والا) + (۶) غانغرا نا بھی گاہے کسر کی حالتوں میں پیدا ہو جاتا ہے جسکی وجہیں متعدد ہیں۔ مثلاً (۱) اسی آفت سے رگوں میں براہ راست کوئی خرابی (شریان کا پھٹ جانا۔ اسکے خون کا جم جانا) لاحق ہو، (۲) یا کسر مرکب میں پھیلنے والا غانغرا نا کا تعدیہ پہنچے + (۳) گاہے زیادہ کسی ہونی پٹی سے بھی عضو میں غانغرا نا پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب جیرہ کے نیچے گدیاں کافی نہیں دی جاتی ہیں تب بھی یہ عرض نمودار ہو جاتا ہے ان تمام حالات میں غانغرا نا علی السوم تر ہوتا ہے + اسکا طریقہ علاج

لے انقباض نوکمان۔ نوکمان کنٹرکچر + ۱۵ ایو سائیٹس آسی ٹی کنس +

سجٹ غانفرانا میں دیکھو) +

(۷) گاسے تختیوں اور جبروں کے بقاعدہ استعمال اور دباؤ سے اُجرے ہوئے سخت مقامات پر زخم پیدا ہو جاتے ہیں (دورج ٹیباں) جو ایک مقامی غانفرانا کی شکل پیدا کرتے ہیں۔ یہ زیادہ تراپڑی، اندر فی و سیر دلی گٹوں پر پیدا ہوتے ہیں + اگر وہ کافی پھیلے ہوئے ہوں تو انکا علاج یہ ہے کہ باحتیاط تمام انہیں پاک صاف کیا جائے، دباؤ دور کر دیا جائے، اور مانع عفونت تکید (ٹکور) کی جائے، تاکہ مردہ اور سزی لگی ساختیں بہ آسانی ملحدہ ہو جائیں + مقویات و محرکات کا استعمال کیا جائے، تاکہ زخم کے اندال میں سہولت ہو + اور اگر مردہ حصہ (تاکل) چھوٹا سا ہو تو اسے عفونت سے بچایا جائے، اور خود بخود طبعی طور پر اُت جندب ہونے دیا جائے +

کسر مرکب - کسر واضح

کسر مرکب کی تعریف پہلے آپکی ہے کہ کسر مرکب اس کسر کا نام ہو جسکا تعلق بیرنی ہوا سے قائم ہو گیا ہو +

اس میں سب سے بڑا خطرہ عفونت کا ہے۔ جب اس میں عفونت پیدا ہو جاتی ہے، تو ہڈی کے چھوٹے ریزے مردہ ہو جاتے ہیں۔ اور جب ہڈی کے گودہ کے اندر نرم و درم رخ عظام) ہو جاتا ہے، تو نفع و دم کے تمام عوارض کا خطرہ ذاتگیر ہو جاتا ہے + تو پ و تفنگ کے اکثر کسور کسر مرکب ہی کے قسم سے ہوتے ہیں + گاسے کسر مرکب میں زخم بہت

لہ اسپلنٹ سورز +

چھوٹا اور خشک ہوتا ہے، اور عضو میں ورم بھی نہیں ہوتا، ایسی حالت میں ایسے کسر کا علاج کسر سادہ کی طرح کیا جاسکتا ہے + کسر مرکب میں چھوٹی یا بڑی رگ کے پھٹنے سے جریان خون ہوتا ہے، جسکی کمی و بیشی کا دار و مدار رگوں کے عظم و صغیر پر، اور زخم کے منہ کے چھوٹے بڑے ہونے پر ہے +

بڑی کے جڑنے کا طریقہ کسر مرکب میں کسر سادہ ہی کے مانند ہے، بشرطیکہ یہ عفونت سے بچا رہے + اگر اسکا زخم عفونت کے بغیر جلد جڑ جائے، تو یہ کسر مرکب کسر سادہ میں تبدیل ہو جاتا ہے، جسکا علاج نسبتاً بہت سہل اور سادہ ہے + اگر زخم میں پیدپ پڑ جائے، تو عموماً یہاں کمی یا بیشی کے ساتھ بڑی سڑ جاتی ہے +

عوارض بدنہ - کسر مرکب کے عوارض بدنہ (مزاجیہ) دو ہیں -
(۱) غیر عفونی بخار جو کہ ضرب کا نتیجہ ہوتا ہے (حمی ضربیہ غیر عفونیہ) یہ اس وقت ہوتا ہے، جبکہ کسر عفونت سے پاک ہو +

(۲) حمی عفونیہ - یعنی عفونت کا بخار، جو ہفتہ دو ہفتہ تک تکلیف دہ صورت میں قائم رہتا ہے، یہ اس وقت حاصل ہوتا ہے، جبکہ کسریں عفونت داخل ہو گئی ہو +

علاج کسر مرکب - شمع رانجینی سے ٹوٹے ہوئے عضو کافی انفوسکس لیا جائے، اور اس میں حتی الامکان تاخیر نہ کی جائے، اور اسی عکس پر علاج کا دار و مدار رکھا جائے، عکس لینے کے بعد اگر ضرورت محسوس ہو تو موجودہ زخم کو وسیع کر کے ٹوٹے ہوئے مقام کو پورے طور

لے اسپٹک ٹرائے ٹک نیور + لے اس ریز +

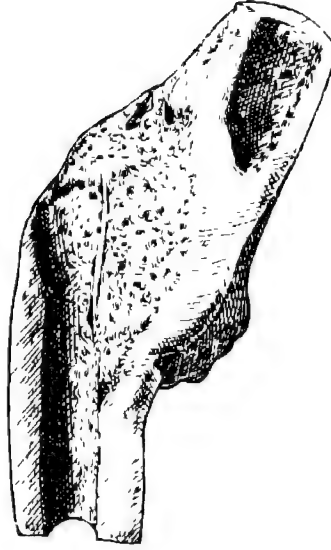
پر کھول ڈالا جائے، اُن ساختوں کو نشتر سے چیر دیا جائے، جن میں خرابی لاحق ہوئی ہو۔ اور نقصان پہنچا ہو، اور ہر قسم کے بیرونی اجسام (اجسام غریبہ) دور کر دیئے جائیں، اور ان کے ساتھ ہڈی کے وہ رینے (شظایا) بھی نکال دیئے جائیں، جو پورے طور پر ڈھیلے اور الگ ہو چکے ہوں، لیکن ٹوٹی ہوئی ہڈی کے بڑے بڑے ٹکڑے قائم رکھے جائیں، جن کے ساتھ جھلی اور عروق کا تعلق موجود ہو۔ ہاں اگر عفونت و ناپاکی بڑے طور پر پھیل چکی ہو، تو اس صورت میں ہڈی کے ٹکڑے نکال دیئے جاتے ہیں اور ان کے اوپر کی جھلی با احتیاط تمام محفوظ رکھی جاتی ہے، جب ہڈی کی جھلی محفوظ رکھی جاتی ہے، تو کسی بڑے ٹکڑے کے نکال لینے پر بھی ہڈی کا ابھی طرح جڑ جانا ممکن ہے۔ یہ ابتدائی علاج جس قدر مکمل اور پورا ہوگا، اُسی قدر آخری نتیجہ بہتر برآمد ہوگا۔ زخم کو فی الفور سی دینا (خیاطتِ اولیہ)، اگرچہ بعض اوقات مناسب ہو جاتا ہے، لیکن عام طور پر سینے (خیاطت) میں تاخیر ہی مناسب ہوتی ہے، یعنی زخم کو سینے کے لئے عموماً تیسرے روز تک انتظار کیا جاتا ہے (خیاطتِ اولیہ مؤخرہ) جو زیادہ کامیاب ہوتا ہے۔

اگر یہ کبھی کسی وجہ سے نامکن ہو تو عام طور پر یہ ممکن اہل ہوتا ہے کہ پہلے استاذ و کن کے طریقہ علاج کے مطابق زخم کی تدبیر کی جائے اسکے بعد زخم میں ٹانکے لگائے جائیں (خیاطتِ ثانویہ)۔

۱۔ پرائمری سیوچر +

۲۔ ڈی ایڈ پرائمری سیوچر +

۳۔ سکندری سیوچر +



تصویر (۵۸)

ران کی ہڈی ٹوٹ جانے کے
 بعد بُرے طور پر چڑھ گئی ہے
 (عظم) اور نمایاں بد وضعی
 (فساد شکل) باقی ہے۔

کسر غیر منجبر اور مفاصل کا ذبیہ

یعنی وہ کسر جو جڑ انہو، اور جھوٹے جوڑ (انجبار) ہڈی کا جڑ جانا
ایسا بہت کم اتفاق ہوتا ہے کہ ٹوٹی ہوئی ہڈیاں نہ جڑیں، چنانچہ بعض لوگوں
نے لکھا ہے کہ ہزار واقعات میں بالادسطنا ایک مرتبہ ایسا وقوع ہوتا
ہو۔ علاوہ ازیں بعض ہڈیاں قدرتا ایسے موقع اور محل میں واقع ہیں کہ
ہڈی کے مادہ سے جڑتی ہی نہیں۔ مثلاً گھٹنے کی ہڈی اور کہنی کا سرا زادہ
مرفقیہ اور ران کی ہڈی کا سرا باط کیسی کے اندر +

کسر غیر منجبر کی تین قسمیں ہیں۔ (۱) یہ کہ ہڈیاں مطلق نہ جڑیں، ہڈیوں
کے سرے باریک، نوکیلے اور لاغر ہو جائیں + (۲) یہ کہ ہڈیاں بدرجہ
ریشہ دار مادہ کے جڑیں (انجبار یعنی) (۳) یہ کہ جھوٹے جوڑ (مفاصل کا ذبیہ)
پیدا ہو جائیں، جسکی صورت یہ ہے کہ ہڈیوں کے سرے غضروفی مادہ
سے ڈھک جائیں، اور یہی ساخت اسکو اس طرح گھیر لے کہ اس سے
سب کے اوپر ایک غلاف بن جائے + دوسری صورت عام طور پر
گھٹنے کی ہڈی اور کہنی میں واقع ہوتی ہے، اور پہلی صورت بازو کے
جسم کے وسطانی حصہ میں +

اسباب۔ اسکے اسباب دونوں قسم کے (عمومی اور مقامی)
ہوتے ہیں، جن میں مقامی اسباب کا زیادہ اہمیت حاصل ہے + مقامی
اسباب مندرجہ ذیل ہیں :-

(۱) اچھی طرح ہڈی کے سروں کو اپنی جگہ پر نہ بٹھانا +

لے ان زینائی ٹی فریکچر + لے فابرس یونین + لے فالس جوائنٹ +

(۲) پورے طور پر اسے بے حرکت نہ رکھنا +
 (۳) ہڈیوں کے سروں کے درمیان میں کسی عضلہ، وتر، پٹنی یا
 یا ڈسکی ہڈی کا موجود ہونا +

(۴) ہڈیوں کے دونوں یا ایک سرے کو اچھی طرح خون کا نہ پہنچنا +
 (۵) ہڈی کا کوئی مقامی مرض، مثلاً غیر معمولی طور پر ہڈی میں کسی جگہ
 انفریکشن کا ہو جانا +

(۶) ہڈی کا کوئی عمومی مرض، مثلاً مرضِ رخاوتِ عظام رہڈی کے
 نرم ہو جانے کی بیماری) +

بدنی اسباب (مزاجی اسباب) یہ ہیں۔ عفونت کے خصوصی بخار
 (حیات نوعیہ) مرضِ داء الفلج اور سمیت شراب +

انذار (انجامِ مرض) عموماً بخیر ہوتا ہے، بشرطیکہ علاج باقاعدگی
 سے کیا جائے، مگر بچے اس حکمت استثناء رکھتے ہیں۔ یعنی ان میں انجامِ
 مرض عموماً اچھا نہیں ہوتا ہے +

علاج۔ جب تک بارہ مہینے نہ گزر جائیں، کسی کسر کو غیر منجبر نہ جڑا
 ہوا نہیں کہا جاسکتا۔ اس اشار میں دو تین بار دن میں عضو کی مالش کرنی
 چاہئے، تاکہ عضو کے تغذیہ میں ترقی ہو، اور ان دفتوں میں عضو کو بیکر
 کرنے کے لئے ایسے جبیروں میں رکھیں، کہ عضو کی حرکت کے باوجود مقام
 کسر حرکت نہ کر سکے + اس حالت میں ایسی ترکیب کرنا بھی نہایت مفید ثابت
 ہوتا ہے، جس سے اس عضو میں اجتماعِ خون عارضی طور پر ہو، اس مقصد

۱۳۵ اسکری +

۱۳۵ کانسٹی ٹیوشنل کاز +

۱۳۵ سپیسی فلک نیور +

کے لئے پچکار پٹی (عصابہ لڈنہ) عصا بر پٹی، استعمال کیا جاتا ہے جس سے وریدیں دب جاتی ہیں، اور خون کی واپسی میں رکاوٹ پیش آنے سے عضویں خون کافی مقدار میں جمع ہو جاتا ہے + عام بدنی صحت کی طرف بھی توجہ کرنی چاہئے، اس مقصد کے لئے تازہ ہوا، اچھی غذا اور ادویہ مقویہ کا بندوبست کیا جائے +

اگر یہ علاج ناکام ثابت ہو، تو ہڈیوں کے دونوں سروں کو گرگڑ کر تازہ کر کے تار کی سلائی کر دی جائے، یا کوئی پرت چڑھا دیا جائے لیکن زیادہ بہتر نتیجہ عام طور پر اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ ہڈی میں ہڈی کا پیوند لگایا جائے (ترقیع عظمیٰ) جسکی صورت یہ ہے کہ دونوں سروں کے درمیان درار بنایا جائے، جس میں پیوند کا ٹکڑا جما دیا جائے +

پیوند کے یہ ٹکڑے اسی مقام کی ہڈیوں سے بھی لئے جاسکتے ہیں، اور اگر یہ صورت نامکن ہو تو مریض کی ٹانگ کی ہڈی (قصبہ کبریٰ) یا پسلی سے لئے جائیں + اسکے بعد چند ماہ تک عضو کو سخت جھٹکوں اور صدموں سے بچایا جائے، تاکہ پھر دوبارہ جڑ کے مستحکم ہونے سے قبل نہ اوکھڑ جائے +

اس حالت میں گاہے یہ عمل بھی کیا جاتا ہے کہ ہڈی کے دونوں سروں کو کسی قدر کاٹ کر نکال لیا جاتا ہے، اسکے بعد ان سروں کو چاندی یا لوہے کے تاروں سے سی دیا جاتا ہے + اور گاہے دونوں سروں سے ترجیحہ طور پر آری سے کاٹے جاتے ہیں، تاکہ دونوں متصلہ سطحیں زیادہ وسیع اور کشادہ ہو جائیں، اور ہڈی کے جڑنے کا فعل تیزی سے

و وقوع میں آئے + اس عمل میں یہ خرابی ضرور لازم آگئی کہ عضو کی لمبائی کم ہو جائے +

گا ہے دوڑوں سروں کے پاس برہم سے چھید کر اسکے اندر دندانِ فیل کی میخیں ڈال دیتے ہیں، اور چند ہفتہ کے بعد اسے نکال لیتے ہیں جس سے التہابی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور بڑھی جلد جڑ جاتی ہے + گا ہے مقام کسر میں چند سوئیاں چسبہ دی جاتی ہیں، تاکہ وہاں التہابی کیفیت پیدا ہونے کی بعد بڑھی جڑ جائے + گا ہے اسی مقصد کے لئے تانبہ یا لوہے کا تار داخل کر کے ایک ہفتہ تک رکھ دیا جاتا ہے جس کے وہاں پیپ پیدا ہو جاتی ہے +

بڑی کا بُرے طور پر جڑنا (عُثم)

عُثم سے مراد یہ ہے کہ بڑی ایسے بُرے طور پر جڑے کہ عضو کی ہیئت بگڑ جائے، یا اسکے طبعی فعل میں خلل واقع ہو + اگر یہ حالت زیادہ تکلیف دہ ہو تو مریض کو بیہوش کر کے مقام کسر کو کھول کر بڑیوں کو الگ کیا جائے اور تار یا پتھر کے ذریعہ یہ اچھی وضع پر قائم کی جائیں +

(۱) العثم هو الا فجباً بڑی کے بقیعہ جڑ جانے

علی غیر استواء (المصباح) کا نام عُثم ہے (المصباح) +

(۲) عُثم کثر بہ شدن استخوان (مصرح) +

مفردات کسور

خاص خاص ہڈیوں کے کسر

چروکی ہڈیاں ناک کی ہڈیاں عموماً آڑے طور پر ضربت و اصل سے ٹوٹا کرتی ہیں، مثلاً ناک پر گھونسا مارا جائے، یا مریض ناک کے بل گرے اس کے ساتھ گاہے کھوپڑی کے تلہ کی ہڈیاں بھی ٹوٹ جایا کرتی ہیں۔ اسکی علامات یہ ہیں کہ ناک میں درد اور ورم ہوگا (جو گاہے تشخیص میں دشواری پیدا کر دیتا ہے) کرکڑا ہٹ (خشخشہ) محسوس ہوگی، اور پیلوی جانب ناک ٹلی ہوئی ہوگی (میلان جانبی)، بحیر جاری ہوگی، گاہے اس کے ساتھ شدید انتفاخ (ورم ریخی - نفخہ) بھی ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جلد کے نیچے کی ساخت میں ہوا بھر جاتی ہے۔ گاہے اس کے ساتھ عظم الدمع (عظم ظفیری - آسنو کی ہڈی) بھی ٹوٹ جاتی ہے، جس سے مجرائی دمع (آسنو کی نالی) میں ماصور ہو جاتا ہے (غرب چشم)۔ گاہے وترہ (عظم قاسم الالف) بھی ٹوٹ جاتی ہے۔ چونکہ اس مقام کا کسر بہت جلد سخت ہو جاتا ہے، اسلئے تشخیص و علاج میں سہولت اُسی قیمت حاصل ہوتی ہے، جبکہ وقوع کے بعد جلد ہی اسکا موقع مل جائے۔

علاج۔ ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو حتی الامکان برابر کر کے ملایا جائے اس مقصد کے لئے ناک کے اندر قانا طیر زنا نہ یا سخت موٹی سلائی (مردود زہراوی) داخل کر کے ہڈیوں کو اونچا کریں، اور اپنی جگہ پر انگلیوں کے

لے وہ چوٹ جو براہ راست ناک پر پہنچے (و اصل - ڈائریکٹ) +

ذریعہ دباؤ ڈال کر بٹھائیں + گا ہے اس مقصد کے لئے جفت الاسادہ یا کوئی اور جفت (ملقط) داخل کر کے کھولی جاتی ہے۔ یا مرشد نامی سلائی داخل کی جاتی ہے + اگر جفت کے سروں پر داخل کرنے سے پہلے ایک گدی لگا دیں تو بہتر ہے کہ ناک زخمی نہ ہو جائے + اگر جریبان خون ہو تو ناسال تیل سے تر کر کے ناک کے اندر بھر دیں تاکہ وہ ڈاٹ کا کام دے + گا ہے ناک کی ہڈیوں کو اٹھانے کے لئے ناک کے اندر موزیٹ نامی پھیلائی والا آلہ (ریبر کا) داخل کر کے اسکے اندر پانی بھر دیا جاتا ہے + اور ناک کو اپنی وضع پر قائم رکھنے کے لئے باہر سے کوئی مناسب مقام جبیرہ رکھا جاتا ہے، یا خرقہ (دھجی) یا نسالہ کو سفیدی بیضہ میں یا لاشوقہ میں تر کر کے ناک پر رکھ دیا جاتا ہے۔ اور انگلی سے برابر کر کے خشک کر دیا جاتا ہے جس سے ناک کے لئے ایک جبیرہ بن جاتا ہے + یہ کسر تقریباً دو ہفتہ میں بڑھ جاتا ہے +

اگر ناک ٹیڑھی ہو جائے، تو اسکو مناسب دباؤ سے سیدھا کر کے قائم رکھیں +

اگر ناک کے درمیان کی ہڈی دو تیرہ۔ قاسم الانف) ٹوٹے، تو ناک کے اندر اسکو وضع طبعی پر بٹھا کر دو ٹمکیوں پر نسالہ یا نرم خرقہ (دھجی) لپیٹ کر دونوں تنھوں کے اندر داخل کریں تاکہ تنفس بھی جاری رہے + اگر جلد زخمی ہو (کسر مرکب ہو) تو ہڈی کے ان ٹکڑوں کو باہر نکال لیں

۱۵ ڈائری لے ٹ +	۱۵ ڈائری فار سپس +
۱۵ کلویڈین +	۱۵ ڈائری کٹر +
۱۵ یہ حاشہ صفحہ ۳۹ پر ملاحظہ کیجئے۔	۱۵ لٹ +

جو بالکل الگ ہو چکے ہوں +

”اگر ناک کی ہڈیاں ٹوٹ کر چھوٹی چھوٹی ہو جائیں، یا وہ ریزہ ریزہ ہو جائیں، تو شگاف دیکر کسی مناسب آلہ سے انہیں باہر نکال لیں، پھر شگاف کو سی کر ایسے مرہم لگائیں جو گوشت لاکر زخم بھر دیں“ (زہراوی)

۱۷ زہراوی کہتا ہے۔ جب ناک کی دونوں ہڈیوں سے ایک ہڈی ٹوٹے، تو مناسب ہے کہ چھوٹی انگلی ناک کے سوراخ میں داخل کر کے اندر سے اسے برابر کریں، اور سبابہ اور انگوٹے کی مدد سے باہر سے برابر کریں، یہاں تک کہ ناک اپنی طبعی شکل پر آجائے، یہ عمل حری کے ساتھ ہونا چاہئے، اور اس فعل سے مرعین کو درد (بیقرار کر دینا) نہ ہونا چاہئے۔ اگر ناک کا بالائی حصہ ٹوٹے، اور انگلی وہاں تک نہ پہنچ سکے، تو کافی سوئی سلائی لیکر اسکے سرے سے برابر کریں + اگر دونوں طرف کی ہڈیاں ٹوٹیں، تو یہی ہی طرح کریں + ناک کے کسر کو حتی الامکان پہلے ہی دن جوڑنے کی کوشش عجلت کے ساتھ کرنی چاہئے، ورنہ ساتویں یا دسویں روز کے بعد، جبکہ درم حار میں سکون ہو جائے۔ پھر ناک کے سوراخ میں کتان نامی کپڑے کی تہی (فتیلہ) بھر دیجائے، اگر ایک طرف کی ہڈی ٹوٹی ہو تو ایک طرف، ورنہ دونوں طرف + یہ تہی اس قدر کافی سوئی ہوئی چاہئے کہ ناک کے سوراخ کو بھرے، بمعین تجربہ کار متقدمین نے لکھا جو کہ ان بیوقوفوں کی میں ترک کر دیا جائے، اور ہر روز یہ بدلی جائیں۔ اور گلاب ناک کے اندر کپڑے کی تہیوں کی جگہ مرغابی کے پر کی نکلیاں (انامیب) داخل کی جاتی ہیں، جن پر نرم اور ملائم دھبیاں پیسٹ دی جاتی ہیں، تاکہ ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو اپنی جگہ (مقابلہ بتی کے) زیادہ سختی کے ساتھ روک سکیں، اور تاکہ مرعین کا تنفس بھی بند نہ ہو + لیکن یہ کوئی ضروری نہیں ہے، خواہ بیتاں داخل کی جائیں، اور خواہ پر کی نکلیاں + اگر آئنائی علی میں ناک کے اندر درم حار پہلے ہو جائے تو ناک پر قیر و ملی کا ضاد لگا یا جائے، یا روئی رکھی جائے جو سرکہ (بقیہ حاشیہ صفحہ ۳۹۷ پر

اور درم کا خیال رکھیں، اگر درم نمودار ہو تو جو نکلیں نگائیں، اور سہل دیں، اگر
ادہ پک جائے (پپ پڑ جائے) تو نشتر لگائیں + دماغ پر دباؤ پہونچنے
سے جب بیہوشی کی علامتیں پیدا ہوں، تو اسکا علاج سر کی ہڈی کے ضرب
کے مطابق کریں، جسکا ذکر تفصیل کے ساتھ آگے آئیںالا ہے + بعض اوقات
عظم قاسم الانف نکال بھی لی جاتی ہے یہ ”اگر ناک کے اندر کوئی زخم پیدا
ہو جائے، تو مناسب فیتلوں سے علاج کریں، اور انابیب رصاص
(سیمہ کی نکیاں) استعمال کریں“ (زہراوی) +

عظم الوجنہ (رخسارہ کی ہڈی) عموماً تنہا بہت کم ٹوٹا کرتی ہے، بلکہ
اسکے ساتھ دوسری ہڈیاں بھی شریک آفت ہوتی ہیں، عظم الوجنہ کے ٹوٹنے
کی حالت میں تجویف برنجی (فضاء الفک) کی اگلی دیوار علی العموم خراب
ہو جاتی ہے۔ اور رخسارہ کے مقام میں دباؤ پیدا ہو جاتا ہے جو اسکے
ٹوٹنے کی علامت ہے۔ مگر یہ علامت ہمیشہ نمایاں نہیں ہوتی ہے، کیونکہ
اسکے اوپر کی نرم ساخت میں بہت جلد درم آ جاتا ہے + اس ہڈی کے
جوڑنے کی اور اپنی جگہ پر لانے کی ترکیب اسکے سوا کچھ نہیں ہے کہ منہ کے
اندر اگلی ڈاکڑ اسکے اٹھانے کی کوشش کی جائے، اور باہر سے بھی اسے
برابر کیا جائے +

(بقیہ حاشیہ صفحہ ۳۹۷) اور روغن گل میں یا مرہم داخیون میں ترکیبی ہو + اگر
درم حارہ عارض ہو تو مناسب ہے کہ ناک پر باہر سے آر و گندم باریک، آر و
کندر، سفیدی بیضہ میں گوند عکڑ لگائیں، اور اوپر سے نرم کپڑا رکھیں + اور
ناک کو کسی چیز سے بالکل نہ باندھیں +

لے انٹرم ہائور +

قوس زوجی جب عفت و اصل دضرب و اصل سے ٹوٹتا ہے تو یہ دب جاتا ہے، اور جبرے کی حرکت میں چباتے وقت دشواری پیدا کرتا ہے + اسکو اپنی جگہ پر لانے کی تدبیر یہ ہے کہ اسکے اندر سے چاندی کا تار گزار کر اسکو اوپر کی طرف کھینچا جائے + یا جلد میں شگان دیکر نشتر کا دستہ ہڈی کے نیچے گزار کر اسے اٹھایا جائے +

گاے انگلیوں کے مناسب دباؤ سے بھی یہ اپنی جگہ پر آ جاتا ہے یہاں عام طور پر جباؤ وغیرہ کی ضرورت نہیں ہوتی ہے + اگر ہڈی کی کریجیں عضلہ صدغیہ میں گر جائیں، تو امکان کا لانا ضروری ہے +

فک اعلیٰ (بالائی جبرٹا)

اکثر اوقات شدید ضرب کی وجہ سے ٹوٹا کرتا ہے۔ جس سے دانت بل جاتے، اور گاہے گر جاتے ہیں۔ سوڑھے دانت سے جدا ہو جاتے ہیں +

علاج :- اگر جریان خون (نزيف دموی) ہو تو اس کو روکنے کی کوشش کریں۔ دانت بل رہے ہوں تو سونے کے تاروں سے دانت کو باندھ دیں۔ اگر کسر مرکب ہو جائے تو صفائی (تطهير) کے قواعد کام میں لائیں۔ بعض اوقات ہڈی مردہ بھی ہو جایا کرتی ہے +

فک اسفل (زیرین جبرٹا)

یہ مختلف مقامات سے ٹوٹا کرتا ہے۔ چنانچہ گاہے اس ہڈی کا ہضم

لے ڈانکٹ واولنس +

باب دکیل (نامی دانت، اور پہلوی سن قاطع کے درمیان ٹوٹا کرتا ہے۔
 گاہے بچوں میں یہ ہڈی التھام ذقنی کے مقام سے، اور گاہے جسم اور
 شعبہ کے مقام اتصال سے ٹوٹا کرتی ہے۔ گاہے اسکا زائدہ نقیہ اور
 زائدہ منقاریہ گولی کی جڑ سے ٹوٹا کرتے ہیں۔ مگر ناک اسفل کا زاویہ
 اکثر ٹوٹا کرتا ہے۔ اور التھام ذقنی کا کسر ہمیشہ سیدھا ہوا کرتا ہے (خط
 مستقیم پر ہوتا ہے)۔ برعکس اسکے جب یہ ہڈی زاویہ کے قریب سے ٹوٹتی
 ہے۔ تو ترچھے طور پر ٹوٹا کرتی ہے۔ اسی طرح یہ ہڈی گاہے ایک مقام سے
 ٹوٹتی ہے۔ اور گاہے متعدد مقامات پر +

اسباب۔ کوئی شدید سرب۔ یا بندوق کی گولی کا لگنا +

علامات۔ مقام ماؤن پر درد اور ورم نمودار ہوتا ہے۔ ناک
 اسفل (زیرین جڑے) کی حرکت بند ہو جاتی ہے، دانت نامہوار ہو جاتے
 ہیں۔ دونوں جبڑوں کے دانت ایک دوسرے کے مقابل نہیں رہتے۔
 وہ عضلات جو اس ہڈی کے اور عظم لامی کے درمیان ہیں، ٹوٹی ہوئی
 ہڈی کے اگلے ٹکڑے کو نیچے کی طرف کھینچ لاتے ہیں۔ اور پیچھے کا ٹکڑا
 عضلات سعدنیہ اور مضغیہ کی وجہ سے سخت، اپنی جگہ قائم، اور بیکرکت
 ہو جاتا ہے۔ خشخشہ (دکر کراہٹ) معلوم کرنے کی ضرورت ہو تو ایک ہاتھ
 کو پچلے ٹکڑے پر رکھا جائے۔ اور دوسرے ہاتھ سے التھام ذقنی کی حرکت
 دیکھائی جائے + گاہے ازدیاد ورم کی وجہ سے خشخشہ کا احساس نہیں بھی ہوتا
 ہے۔ لیکن دانت کے ہلانے سے خود مرلیض کو خشخشہ کا احساس ہوتا ہے۔
 نیز اس حالت میں سوڑھے پھٹ جاتے ہیں۔ جریان خون ہوتا ہے۔ اور
 شکستہ مقام کے دانت ہل جاتے، اور گاہے گر بھی جاتے ہیں +

اگر اسکا زائدہ لقمہ ٹوٹ جاتا ہے۔ تو اسکو عضلہ جناحیہ وحشیہ (دندیہ وحشیہ) اپنے انقباض کی وجہ سے اوپر کی طرف دور تک کھینچ لے جاتا ہے۔ اور جب یہ بڑی زادیہ کے مقام سے ٹوٹتی ہے۔ تو کچھ عرصہ کے لئے عصب سخی کے ماؤن ہونے کی وجہ سے زیرین لب کی حس جاتی رہتی ہے +

علاج - ایک موٹے جو تار کا "کوگر م پانی میں ڈالیں۔ تاکہ یہ نرم ہو جائے۔ پھر اسکے دونوں سروں کو اس ترکیب سے کاٹیں کہ اس ٹکڑے کی چار شاخیں ہو جائیں۔ اور وسط کا حصہ نہ کٹے۔ نیز نیچے کی دونوں شاخیں اوپر والی شاخوں سے نسبتاً چھوٹی رکھی جائیں + پھر نیچے کی شاخوں کو اوپر کی شاخوں کے ساتھ اس طرح لپٹیں کہ اس کی شکل دود کے مانند ہو جائے۔ اور نیچے کا جیڑا (ڈاڑھی) اسکے اندر آجائے پھر اسے جیڑے پر رکھ کر رابطہ بائیں الا ذناب (چار دُم کی پٹی) سے باندھ دیں +

(۱) اس قسم کی چار شاخوں والی پٹی کے بنانے کی ترکیب یہ ہے کہ تقریباً ڈیڑھ گز لمبا اور چار تیر اٹھ چڑا کپڑا لیں۔ پھر اسکے دونوں سروں کو جو تار کا کی طرح کاٹ کر۔ یا پھاڑ کر چار شاخوں میں منقسم کر دیں نیز اسکے درمیانی حصے کو بھی کچھ دور تک کاٹ کر اس میں سوراخ بنادیں کہ اسکے اندر ٹھوڑی (دُفن) آجائے۔ درمیانی حصہ تقریباً آٹھ تیر اٹھ کا ہونا چاہئے جو کٹا ہوا نہ ہو۔ پھر اسے ڈاڑھی پر رکھ کر اوپر کے دونوں سروں کو گردن کے پیچھے توجہ دی کے پاس باندھیں اور نیچے کے دونوں سروں

سے جو تار کا "گٹا پرہ" کا مہری تانہ ہے۔ یہ ساٹھ کے ایک درخت کی میخور طوط ہوتی ہو بیرونی تلفظ میں اسکو کو تار بھاگتا ہے۔ سٹھ نوٹیل بینڈج + سٹھ تیر اٹھ - الف +

داغ بابت دم کو تحف (کھوٹھی) کے اوپر لاکر باندھیں۔ گاہے دونوں
گرہوں کو پٹی کے ایک ٹکڑے کے ذریعہ باندھتے ہیں۔
گاہے اس قسم کی پٹی کی بجائے گول پٹی (عصا بہ لفظ) اختیار کی جاتی
ہے۔ جو ٹھوڑی، گردن، اور قلعہ الراس پر گھومتی ہے +

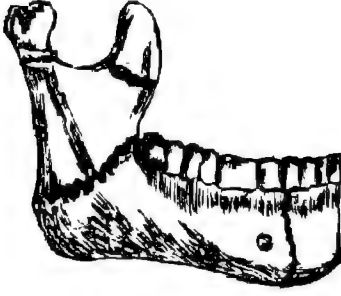
غذا اور پندرہ روز تک مریض کو دودھ اور شوربہ جیسی رقیق غذائیں
کھانے کو دیں۔ تاکہ مریض کو چبانا اور منہ کھولنا نہ پڑے۔ بلکہ وہ بلا دانت
کھولے رقیق اغذیہ کو چوس لے گا ہے اس مقصد کے لئے دانت کو توڑنا
پڑتا ہے۔ اور گاہے ٹوٹے ہوئے دانت کی خالی جگہ کا رآء ہو جاتی ہے۔
غذوات مانع عفونت سے کئی (مضمت) کراتے رہیں۔ کہ زخم تعفن سے بچا
رہے۔ علی العموم اسکا مریض چار پانچ ہفتہ میں شفا یاب ہو جاتا ہے۔
یعنی ہڈی تقریباً پانچ ہفتہ میں جڑ جاتی ہے +

اگر ناک اسفل کا شعبہ یا زائدہ لقمہ کی گردن، یا زائدہ منقاریہ ٹوٹے
تو رخسارہ اور جبڑے کے باہر کو تابر خا کا ایک ٹکڑا لگا دیں۔ دانت اگر بہت
ہل گئے ہوں۔ تو سونے۔ یا چاندی کے تاروں سے کس دیں +

گاہے فل اسفل کے ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو باہم نزدیک لانے
کے لئے ہڈی میں چھید کرتے ہیں۔ اور تار کے ذریعہ ٹوٹے ہوئے سروں کو
کھینچ کر ملا دیتے ہیں۔ جس سے انکا التھام آسان ہو جاتا ہے +

گاہے ان ٹکڑوں کو باہم ملا نا بہت دشوار ہوتا ہے، ایسی صورت
میں پہلے کو تابر خا یا موم سے ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو نزدیک لاکر دانتوں کا
قالب یا سانچہ بنا لیتے ہیں۔ پھر اسی سانچے کے مطابق ملین یا جست کا جیرہ

لے رولر بنڈج +



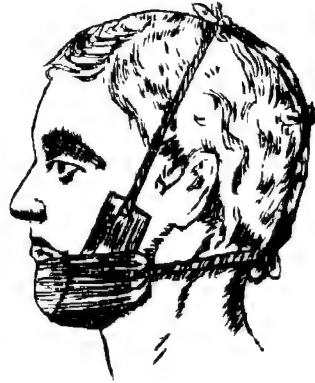
تصویر (۵۹)

ذیرین جبڑا، جس میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ زیادہ تر یہ ہڈی کہاں کہاں سے ٹوٹا کرتی ہے۔



تصویر (۶۰)

ذیرین جبڑے کے کسر میں رابطہ بائی الاذنا ب (چار سرے والی پٹی) کے استعمال کا طریقہ۔



تصویر (۶۱)

چمڑے کا جبیرہ (جبیرہ جلدیہ) جو فک اسفل کے کسر میں استعمال کیا جاتا ہے، اور اس کا طریقہ استعمال۔

بنا کر دانتوں پر لگا دیتے ہیں جس سے ٹکڑے آپس میں لپکتے ہیں۔ اس قسم کے جبیر کو جبیر ہونی یا طبل کہتے ہیں جبکہ کسر مسفت ہوتا ہے یعنی ہڈی ٹکڑے ٹکڑے ہو جاتی ہو یا جب مقام کسر پکٹنا ہو تو سب پر جاتی ہو تو ہسٹوت میں بہت زیادہ حیات کی ضرورت پڑتی ہو گا اس وقت جلد میں شگاف دیکر کرچوں (شظایا) اور ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو نکالنا پڑتا ہو۔ پھر زخم میں ٹانگوں کو لگا دیے جاتے ہیں جیسا کہ بعض اوقات یہی عمل اس وقت کرنا پڑتا ہے جبکہ تک اسفل کا کوئی حصہ کسی مرنے کی وجہ سے کاٹ کر علیحدہ کر لیا جاتا ہو اس طرح ہڈی کا کوئی حصہ جب ہ ہو جاتا ہو تو سب باہر نکالنا پڑتا

عظم لامی کا کسر

یہ ہڈی شاذ و نادر ہی ٹوٹی ہے۔ لیکن گاہے گلا گھوٹنے، پھانسی لگانے، اور گاہے متصلہ عضلات کے انقباض سے یہ ہڈی ٹوٹ جایا کرتی ہے۔ چنانچہ جب یہ ٹوٹ جاتی ہے۔ تو بولنے اور نگلنے کی وقت سخت تکلیف ہوتی ہے۔ منہ سے کھنکھار رہتا ہے۔ درمیان انفراخ لگاتے اتنا ہو جاتا ہے کہ اس سے مرین کا گلا گھٹنے لگتا ہے۔ اس ہڈی کے ٹوٹنے کے وقت فرقہ (آواز) ہوتا ہے +

علاج۔ ہڈی کو اپنی جگہ لوٹا کر لانے کی ترکیب یہ ہے کہ ایک ہاتھ کے سبابہ نامی انگلی کو منہ میں داخل کر کے زبان کی جڑ کے پیچھے لجائیں اور اس سے ہڈی کے ایک ٹکڑے کو دبائیں۔ اور دوسرے ٹکڑے کو باہر سے دوسرے ہاتھ سے دبائیں۔ جب دونوں ٹکڑے آپس میں مل جائیں۔ تو کو تابر خا باہر سے لگا کر اسے قائم کر دیں۔ اگر اس ترکیب سے مقصود حاصل نہ ہو۔ تو جلد میں شگاف دیکر کسی آڑ سے دشلا مشبک سے) ہڈی کے ٹکڑے کو کھینچ کر ملائیں + پھر مانع التهاب تدابیر عمل میں لائیں۔۔

۱۔ شراڈ مثل اسپلٹ +	۲۔ مشبک ڈشلا کیوم (عروق کو کپڑا سے لٹکا کر دھو)
۳۔ کری پے ٹیشن +	۴۔ اسکو بیفٹ بھی کہتے ہیں +

مریض کو کلام کرنے سے روک دیں۔ اور کسی چیز کے ٹکٹنے کی قطعی اجازت
نہیں۔ ورنہ اس حرکت (ازدرد سے) وہ بیٹھے ہوئے ٹکڑے ٹوٹ جائینگے۔
نیز مریض کے سر کو جھکا کر سینہ کی طرف لے آئیں۔ اور وہاں لاکر باندھ دیں
تاکہ التحام باسانی ہو جائے +

کسر الحجزہ (حجزہ کا ٹوٹ جانا) شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ اسکے
تدابیر عظم لای کے کسے تدابیر کے مانند ہیں۔ گاہے ان دونوں کسور
میں اختناق (گٹنے) کے خون سے قصبہ کے کھولنے کی ضرورت پیش
آتی ہے +

بالائی اطراف کے کسور

کسر ترقوہ - ہڈی کی ہڈی کا ٹوٹ جانا

یہ ہڈی اکثر مونڈے باز و یا باقیہ کے بل کرنے سے ٹوٹا کرتی ہے،
جبکہ سارے بدن کا بوجھ باقیہ پر آ پڑتا ہے، اور انسان اپنے کو بچانے
کے لئے ہاتھ پھیلا دیتا ہے۔ اور شاذ و نادر یہ عضلات کے زوری اختناق
سے بھی ٹوٹ جاتی ہے۔ اس کسر کا وقوع اسکے کئی مقامات پر ہوا کرتا ہے
مگر اکثر یہ اندرونی ٹائٹ کے پاس، محدب مقام سے ٹوٹا کرتی ہے۔ جب یہ
ہڈی زائدہ اخرم کے قرب سے ٹوٹتی ہے۔ تو کسر کا مقام رابطہ غرابیہ ترقویہ
کے درمیان ہوتا ہے۔ گاہے اس ہڈی کا بیرونی سر اس مقام سے ٹوٹتا
ہے۔ جو رابطہ مرن کے بیرونی اختتامی سرے، اور زائدہ سفالغراب
لے اکو دین پر اسس + کسور کا دیکھو اور دیکھو + کسور سے پی زائدہ گٹٹ +

(۱) کے درمیان واقع ہے جب یہ ہڈی اندرونی سرے (طرف قصبی) کے پاس ٹوٹتی ہے، تو کسر کا مقام زیادہ تر وہ جگہ ہوتی ہے، جو مفصل قصبی ترقوی سے پون قیراط فاصلہ پر واقع ہے۔ یہ بھی واضح رہے کہ جب یہ ہڈی الرطبہ اخریہ ترقویہ کے درمیان ٹوٹتی ہے، تو نساہ شکل رہنمائی، کم ہوتا ہے لیکن جب اس سے باہر ٹوٹتی ہے، تو ہڈی کا ٹوٹا ہوا سراجلہ کے دیر بھرا نظر آیا کرتا ہے +

علامات - اس کسر میں مریض اپنا ہاتھ سرے اوپر اٹھائیں سکتا، اور کبھی پکڑے رہتا ہے۔ مونڈھا سامنے، نیچے اور اندر کی طرف جھک جاتا ہے، کیونکہ اول تو ہاتھ کا ثقل اسے کھینچتا ہے، دوسرے وہ عضلات کھینچتے ہیں، جو بازو کے بالائی حصے اور سینے کے سامنے لگے ہوئے ہیں۔ اس ہڈی کے دونوں اندرونی (قصبی) اور بیرونی (آخری) سروں کے درمیان کا فاصلہ بمقابلہ تندرست جانب (تندرست ہاتھ) کے کم ہو جاتا ہے۔ شکستہ ہڈی کے اندرونی ٹکڑے کا بیرونی سراجلہ کے نیچے نمایاں ہو کر اس میں تناؤ اور کچا دھبہ پیدا کر دیتا ہے، کیونکہ بیرونی ٹکڑا اور اسکے ساتھ مونڈھا نیچے اور سامنے کی طرف کھینچ آتا، اور اندرونی ٹکڑا بیرونی ٹکڑے پر سوار ہو جاتا ہے۔ اگر ضریر (خشخشاہ) معلوم کرنا چاہیں، تو اسکی صورت یہ ہے کہ ایک ہاتھ مہنسی کی ہڈی کے اوپر رکھیں، اور دوسرے ہاتھ سے مونڈھ کو باہر کی طرف لے جائیں، پھر اندر کی طرف لائیں + اس کسر میں گاہے درید تحت الترقوہ اور ضفیرہ عضدیہ پر دباؤ پہنچتا ہے، اور گاہے

سلاہ اسٹریٹل انڈر طرف قصبی، + اسلاہ کری پے ٹیشن +

سلاہ اگر ویل انڈر طرف اخری، +

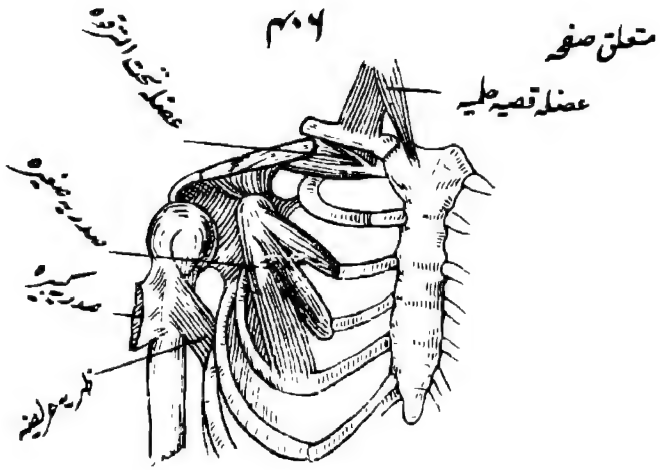
غشاء المریہ اور ریہ (پھیپھڑے) بھی ماؤن ہو جاتے ہیں۔

علاج :- جب یہ ہڈی ٹوٹتی ہے، تو چونکہ مونڈھا سامنے، نیچے اور اندر کی طرف آجاتا ہے، اسلئے اسکے علاج میں ضرورت اس امر کی داعی ہوتی ہے کہ مونڈھے کو اوپر، باہر، اور پیچھے کی طرف کھینچ کر قائم رکھا جائے۔ طرفن قصی کے کسر اور رابطہ اخریہ تر قویہ کے درمیان کے کسر کے علاج میں بسا اوقات صرف اسی قدر کافی ہوتا ہے کہ بازو کو حرکت سے باز رکھا جائے، اور اسے معلاق (حائل) میں ڈال دیا جائے، لیکن طرفن متقاری کے کسر کی صورت میں عصابہ و حلقیتین بازو دھتے ہیں جسکی صورت یہ ہے کہ ایک موٹی ٹکونی گدی مرین کے صرف ماؤن جانب کے بغل میں، یا دونوں بغلوں میں اس طرح رکھیں کہ گدی کا قاعدہ اوپر کی طرف رہے، پھر ایک پٹی (لفافہ) میں، جسکا عرض تین قیراط، اور طول تقریباً دس گز ہو، اسکے دو تین چکر ماؤن جانب کے مونڈھے کے گرد دے کر پشت کی طرف بچائیں، اور وہاں سے جانب مقابل کے بغل میں لائیں، پھر اس جانب کے کندھے کے اوپر سے گزار کر پشت پر لے جائیں، اور پہلی پٹی کے اوپر تقاطع کر کے دوسری طرف (جانب ماؤن) کے بغل تک پہنچائیں، جہاں سے اسے شروع کیا گیا تھا +

اسی طرح کئی بار کریں۔ جس سے پشت پر پٹی سے صلیب کی شکل پیدا ہو جائے گی۔ اور آخر میں اتنا چھوڑیں کہ یہ دھڑ پر دو تین چکر کھا سکے چنانچہ اس بقیہ حصے سے جانب ماؤن کے بازو کو سینے کے ساتھ بازو صکر

لہ سنگ (سلاق) +

لہ فیکر آن ایٹ بندج (انگریزی ہندسہ آٹھ (8) کی شکل کی پٹی +



تصویر (۶۲)
ترقوہ کا بڑے خم (اگلے خم) پر ٹوٹنا



(۶۳)

تصویر

دائیں ترقوہ کو عصا بر ذو حلقین سے باندھا گیا ہو، جس سے پشت پر صلیب کی صورت بن گئی ہے، ہاتھ کو معلق میں رکھا گیا ہے، اور بازو کو جسم کے ساتھ قائم کر دیا گیا ہے۔

قائم کر دیں۔ اسکے بعد کلائی اور کہنی کو حامل (مغلاق) میں رکھ کر گردن کے ساتھ لٹکا دیں، جو زیادہ بہتر ہے، اگرچہ گاہے کہنی اور کلائی کو قائم رکھنے کے لئے یہ تدبیر بھی کرتے ہیں کہ چند چکر تندرست مونڈے سے کہنی کے نیچے لاتے، اور پھر اسی مونڈے تک لے جاتے ہیں۔

مغلاق (حامل) سے مراد دو مال یا کوئی مرنے شکل کا کپڑا ہے جسے دو ہرا کر کے شلت بنا لیا جاتا ہے۔ اس کے وسط میں کلائی کو ڈاکڑا اسکے اگلے سرے کو ماؤن جانب سے گردن کے نیچے لے جاتے ہیں، اور پچھلے سرے کو تندرست جانب سے پھر دوڑوں سروں کو گردن کے نیچے باندھ دیتے ہیں +

گاہے اس پٹی کے مزید استحکام و استواری کے لئے یہ ترکیب کرتے ہیں کہ اس پٹی کے چکروں کو (دو دروں کو) عمودی ٹکڑوں سے ملا دیتے ہیں، اور تقاطع کے مقام پر، اور جہاں جہاں چکر ایک دوسرے پر سوار ہوتے ہیں، ٹانگے لگا دیتے ہیں۔

مذکورہ بالا عمل سے یہ نتیجہ برآمد ہوتا ہے کہ گدی مونڈے کو باہر کی طرف رکھتی ہے، پٹی نیچے کی طرف، اور مغلاق اوپر کی طرف۔ گاہے بازو کو بے حرکت کرنے کے لئے بازو اور کلائی دونوں کو زاویہ دار جبرہ میں رکھ دیا کرتے ہیں +

۲۔ عجلت اور ضرورت کے وقت ترقوہ کے کسر میں تین رد مالوں سے بھی کام نکالا جاسکتا ہے۔ جسکی صورت یہ ہے کہ دونوں بغلوں میں گدیاں دوڑاؤں کو بازوؤں کو اس طور پر باندھیں کہ ہر ایک کا ایک لمبا سر

لے ایگو لرا سپلٹ +

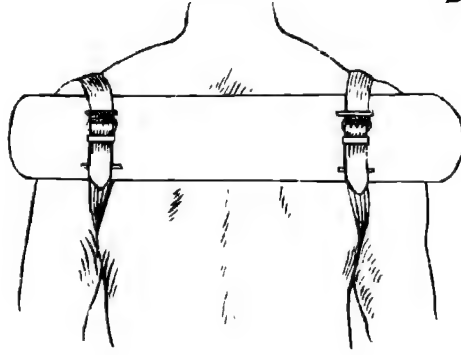
لنگھتا رہے۔ اسکے بعد ان دونوں لمبے سروں کو پیچھے کی طرف لے جائیں اور مقابل کے رومال کے پنج میں سے گزار کر اچھی طرح کھینچیں، اور پشت پر کسکر باندھ دیں (گرہ لگا دیں)، اور گرہ کے نیچے پشت پر ایک تولیہ رکھیں تاکہ پشت پر دباؤ نہ پڑے اس ترکیب سے دونوں سونڈھے پیچھے اور ایک دوسرے کی طرف کھینچ جائیں گے، اور قیسرے رومال سے معلق بنا کر کھنی کو سہارا دیں۔ ۱۰۔

۳۔ تدبیر لازوق | گاہے بچا اور گدی کی بجائے لازوق استعمال کئے جاتے ہیں۔ جس کی صورت یہ ہے کہ نفعہ ذیقیتہ لازوق کے دو ٹکڑے اس قسم کے کاٹیں کہ انکی چوڑائی دین قیراط ہو۔ ان میں سے ایک کی لمبائی اسقدر ہو کہ جانب ماؤن کے بازو کے گرد چکر کھا کر سینہ پر ڈیڑھ چکر پورا کر لے۔ اور دوسرے ٹکڑے کی لمبائی اسقدر ہو کہ جانب صبح کے کندھے سے شروع ہو کر ترچھے طور پر سینہ پر بل کھاتا ہوا مٹری ہوئی کھنی کے نیچے سے گزرے، اور پھر تندرست کندھے پر گزر کر سینہ تک آجائے اور سینہ کے ٹکڑے پر آٹھ قیراط تک چڑھ کر قائم ہو جائے +

طریقہ استعمال یہ ہے کہ پہلے ٹکڑے کو ماؤن بازو کے گرد تقریباً وسط میں اس طرح بیٹیں کہ بازو کے اندرونی کنارہ سے یہ شروع کیا جائے، جو سامنے، باہر، اور پیچھے کی طرف گزرے، اسی طرح بازو پر دوا چکر دئے جائیں، اور ٹانگوں کے ذریعہ قائم کئے جائیں + یہ چکر اتنے تنگ نہ ہوں کہ رگیں دب جائیں + جلد کی جانب لصلہ کی وہ سطح ہونی چاہئے، جس پر روغن لگا ہوا نہیں ہوتا ہے۔ اب بازو کو پیچھے کی طرف کھینچیں، اور

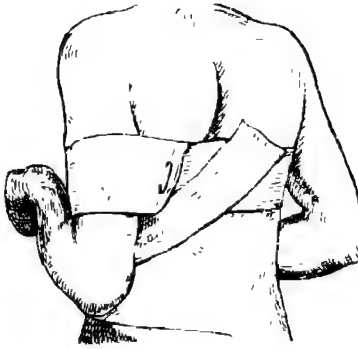
۱۱۔ بلا سٹر +

۱۲۔ اسٹنگ بلا سٹر +

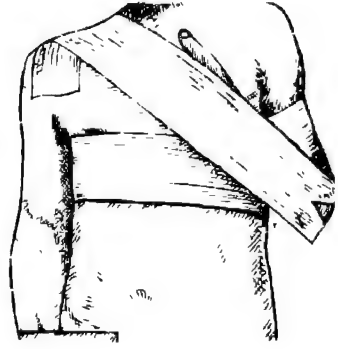


تصویر (۶۳)

اس تصویر میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ ترقوہ کے کسر
میں مرنڈے کے پچے جبرو کیونکر لگایا جاتا ہے۔



تصویر (۶۵)



تصویر (۶۶)

ان دونوں تصاویر میں ٹوٹے ہوئے ترقوہ کے لئے
لازوق کا طریقہ استعمال دکھلایا گیا ہے۔

لازدق کے چکر کو سینہ کے گرد گھما کر قائم کر دیں۔ اور ٹانگوں سے سرے کو استحکم کر دیں، یہ چکر پیچھے سے سامنے کی طرف آئینگا + دوسرے ٹکڑے میں زائدہ مرفقیہ (کئی کے ادبھار) کے واسطے ایک سوراخ بنائیں اور بازو کے زیرین سرے کو سامنے اور اندر کی طرف کھینچیں، تاکہ اس کا بالائی سرا اور موٹا حصہ پیچھے اور باہر کی طرف دفع ہو، اسلئے کہ بازو کا درمیانی حصہ پہلے ٹکڑے کی وجہ سے اپنی جگہ پر قائم رہیگا، پھر لازو دقہ کو تندرست کندھے سے شروع کر کے سینہ کی طرف اس طرح لائیں کہ اسکے نیچے کئی ادا کلائی آجائے، جسے تقریباً شتر درجہ کے زاویہ (زاویہ حادثہ) پر موڑ لیا گیا ہو، پھر وہ کئی سے پشت کی طرف نیچے سے اوپر گزر کر اسی کندھے پر آجائے، اور ابتدائی سرے پر چڑھ جائے، جہاں مزید استحکام کے لئے ٹانگہ دیدیا جائے +

مذکورہ بالا سامان میں خوبی یہ بیان کی جاتی ہے کہ اس سے بغل کی جلد میں خراش نہیں پہونچتی ہے، جیسا کہ بعض اوقات گدیوں سے ہو جاتا ہے، لیکن اس میں خرابی یہ ہے کہ اگر بازو کو کسکر باندھ دیا جاتا ہے، تو بازو کی رگوں پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کے متورم ہونے کا خطرہ ہوتا ہے، اسلئے مناسب یہ ہے کہ اس سامان کے استعمال کرنے سے پہلے ہاتھ کو بیٹی سے باندھیں۔ اس طرح کہ انگلیوں کے سرے سے پٹینا شروع کریں۔ اور بغل تک یا لازو دقہ کے مقام تک اسے پہونچائیں؛ تاکہ ہاتھ میں احتقان (دوسری راستہ) اور تھج و انخاخ کا اندیشہ نہ رہے +

ان ترکیبوں کے علاوہ مختلف لوگوں نے مختلف سامان بنائے ہیں جو بنے بنائے فروخت ہوتے ہیں۔ طول کے خیال سے ان کا ذکر ترک کیا جاتا ہے +

۷ ان تمام تدابیر کے استعمال میں ضروری یہ ہے کہ جہاں جہاں پٹیوں کے دباؤ پڑنے کا اندیشہ ہو، وہاں روئی وغیرہ کی گدی بنا دیں + یہ بھی واضح رہے کہ اس ہڈی کے جڑنے کے بعد اکثر اوقات کچھ نہ کچھ کچی رہ جاتی ہے۔ خواہ مرلین بچ ہو، یا جوان کیونکہ اندرونی ٹکڑا سیروئی ٹکڑے پر سوار ہو جاتا ہے، اور ہڈی کسی قدر چھوٹی ہو جاتی ہے۔ بہترین نتیجہ علاج حاصل کرنے کی اگر کوشش کی جائے تو وہ یہ ہے کہ پشت پر مرلین کو اتنے عرصہ تک لٹایا جائے کہ مقام انجرا ر (جوڑ کا مقام) مستحکم ہو جائے۔ اگر مرلین اپنی پشت پر بے حرکت چار ہفتہ تک بڑا رہے، تو گاہے یہ ہڈی کسی جبرہ کے ہتھال کے بغیر اس طور پر جڑ جاتی ہے کہ کوئی غیب نہایا نہیں رہتا +

۸ بعض اوقات عورتوں میں، جو ادنیٰ کچی کو بھی گوارا نہیں کرتیں، یہ ترکیب کی جاتی ہے کہ ان کو چت لٹا کر سر نیچا کر دیا جاتا ہے، سر کے نیچے تکبہ نہیں دیا جاتا، اور دونوں شانوں کے درمیان ریت کی پٹیلی رکھ کر عصابہ دیٹی، کے ذریعہ بازو کو مسینہ کے ساتھ قائم کر دیا جاتا ہے، اور تین یا چار ہفتہ تک اسی طرح لٹائے رکھا جاتا ہے۔ اکثر بچوں میں صرف سلاق (رحائل) اور عصا بہ نشائیہ سے علاج کیا جاتا ہے۔

۹ ہڈی کے جڑ جانے کے بعد عضو کو تحریک دینا چاہیے، تو کم از کم تین ہفتہ کے بعد یہ تحریک دیں +

۱۰ اس علاج میں بڑی +

گاہے ترقوہ کے جوڑنے میں ایک سیدھا اور چوڑا جبیرہ استعمال کیا جاتا ہے، خاصکر جبکہ دونوں طرف کے ترقوے ٹوٹ گئے ہوں۔ اس جبیرہ کو دونوں مونڈھوں کے پیچھے رکھ کر عصابہ ذو حلقین سے مذکورہ بالا طریقہ کے مطابق قائم کیا جاتا ہے +

جب یہ ہڈی رابطہ آخریہ ترقوہ کے درمیان ٹوٹتی ہے، تو یہ بتایا جا چکا ہے کہ اس مقام میں فساد شکل (بدنائی) نمایاں نہیں ہوتا ہی ہاں یہ ممکن ہے کہ مونڈھا کسی قدر سامنے کی طرف جھک جائے۔ اس لئے اس کسر کو جوڑنے کے لئے صرف اس امر کی ضرورت ہے کہ دونوں مونڈھوں کو باہر اور پیچھے کی طرف کھینچ کر ذو حلقین نامی پٹی سے باندھ دیا جائے، اور عضو کو سہارا دینے کے لئے معلق (حامل) استعمال کیا جائے۔ لیکن اگر ضرورت ہو تو بغل کے نیچے گدی (وسادہ) کے رکھنے میں کوئی حرج نہیں ہے +

جب ترقوہ کا طرف آخری ٹوٹتا ہے، تو اس میں سامنے کی طرف خفیف میلان پیدا ہو جاتا ہے، اس کا علاج اس اخیر کے بیان کے مطابق کیا جاتا ہے +

اگر اس ہڈی میں کسی مدد سے کسر مفقّت واقع ہو جائے، تو یہ ایک زبردست آفت ہے۔ کیونکہ اس میں اس امر کا اندیشہ ہوتا ہے کہ عروق و اعصاب میں پھید نہ ہو جائے۔ اور یہ کچل نہ جائیں۔ ہاں اگر یہ لے نیگراف ایٹل بندج +

بات نہ پیدا ہو تو مذکورہ اصول کے مطابق اسکا بھی علاج کیا جائے۔

کسر الکشف

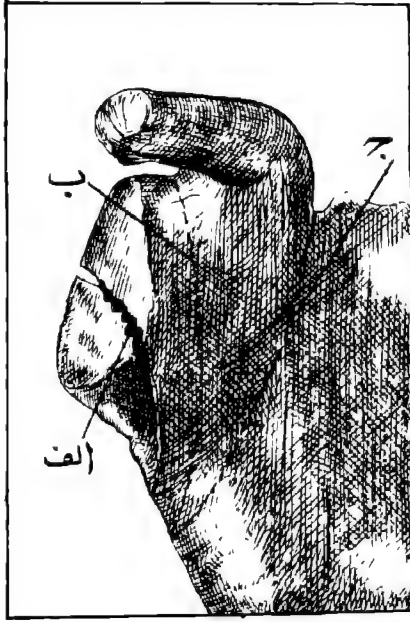
شاذ کی ہڈی (عظم کشف) مختلف مقامات سے ٹوٹا کرتی ہے مثلاً
جسم کشف۔ گردن کشف۔ زائندہ منقار الغراب۔ زائندہ اخرم +

جسم کشف کا ٹوٹنا

یہ عام طور پر اسباب واصل سے یا اسلحہ ناریہ کی ضرب سے ٹوٹا
کرتا ہے۔ مگر یہ کسر اسلئے قلیل ارتقوع ہے کہ یہ عضلات کے موٹے گدے
سے ڈھکا ہوا ہے +

علامات: مونڈھے کے ہانے سے شدید درد ہوتا ہے۔ صریح
اس کی علامت ہے۔ صریح کے سینے کے لئے ایک ہاتھ زائندہ اخرم
پر یا سینے پر رکھیں، اور دوسرے ہاتھ سے مونڈھے کو پکڑ کر، یا ہڈی
کے زیریں سرے کو پکڑ کر حرکت دیں۔ اس کسر میں گاہے قطعات منکسر
ایک دوسرے پر چڑھ بھی جایا کرتے ہیں (تراکب) +

علاج: اس کسر میں جبیر (جبیرہ باندھنے) کی ضرورت نہیں ہوتی
ہے بلکہ اسکی تدبیر یہ ہے کہ ٹوٹی ہوئی ہڈی پر ایک چوڑی گدی رکھیں اور
ایک چوڑے عصا (پٹی) کو سینے کے گرد لپیٹیں، اور بازو کو سینے
کے ساتھ وابستہ کر دیں جس سے بازو کی حرکت بند ہو جائے۔ التھاب
اگر ہو جائے، تو اسکا حاذ کریں۔ درد کے دور کرنے کے لئے مرکبات
افیونیہ دیں۔ اور کلائی کو مطلق (حائل) میں رکھائیں۔ بعض اوقات



تصویر (۶۷)

عنق الکلف کہاں کہاں سے ٹوٹا کرتی ہے
 (الف) حفرۂ عین الکلف پر اسکا ٹوٹنا۔
 (ب) عنق تشریحی کا ٹوٹنا۔
 (ج) عنق جراحت کا ٹوٹنا۔

لازوق کے چوڑے ٹکڑے سے بھی اس ہڈی کو قائم کرتے ہیں۔ اگر ہڈی کے ٹکڑے ایک دوسرے پر چڑھ گئے ہوں۔ تو ناسب گدیوں سے اسکی تدبیر کریں +

عنق الکشف کا کسر

ایسا کبھی نہیں دیکھا گیا ہے کہ نقطہ عنق الکشف ٹوٹ جائے ہاں گا ہے یہ تو دیکھا گیا ہے کہ عنق الکشف کے ساتھ زائدہ منقاریہ بھی ٹوٹ آگیا ہے، اور یہ دونوں چیزیں بقیہ ہڈی سے الگ ہو گئی ہیں، اگرچہ بہت کم پایا جاتا ہے، اس کسر کا سبب عموماً شانہ پر کسی چیز کا گرنا ہوتا ہے + علامات :- مونڈھانیچے کی طرف جھک جاتا ہے۔ اور باوجود اس کے خلع دھڑا کھڑنے، کے عوارض موجود نہیں ہوتے آخر دم ہجرا ہوا معلوم ہوتا ہے، عضلہ ذالیہ نیچے کی طرف کھینچ کر چپٹا سا ہو جاتا ہے، عضلہ بازوقی ہڈی کا سر بغل میں ملوم ہوتا ہے، سریر معلوم کرنے کے لئے ہاتھ یا کان کو احسرم پر رکھ کر مونڈھے کو ہلائیں، یعنی اونچا کریں، یا گھمائیں (حرکت دور یہ دیں)، یا زائدہ منقاریہ کو دبائیں، اس سے صریح کی آواز سموت ہوگی +

تشخیص :- انہی مذکورہ علامات سے اسکی تشخیص خلع کے مقابل میں ہو جاتی ہے۔ یعنی کسر کی صورت میں ٹوٹے ہوئے سرو کی آواز صریح محسوس ہوتی ہے، اور چوڑا صحیح حرکت کرتا ہے، بازو کے زیرین ہڈی کو اوپر کی طرف اگر دبایا جائے، تو موجودہ نساؤ شکل دور ہو جاتا ہے۔ اور جب ہاتھ کا بازو دور کر دیا جاتا ہے۔ تو وہ

بدنائی نرلاً لوٹ آتی ہے۔ یہ علامت خلع سے امتیاز پیدا

کر دیتی ہے +

علاج ۱۔ بازو کو اوپر اٹھا کر سینہ کے ساتھ قائم کریں۔ تاکہ شانہ
اوپر اٹھے۔ جس کی صورت یہ ہے کہ ماؤن بغل میں چھوٹی اور موٹی
گدی رکھ کر مال سے باندھیں۔ رد مال کو گدی پر گزار کر جانب مقابل
کے کندھے تک لے جائیں + گاہے پڑا کہ جبیرہ استعمال کیا جاتا ہے
جسکی شکل وزن مقلوب (N) کی سی ہوتی ہے۔ اس جبیرہ کو بغل میں لگا کر
عصابہ (پٹی) کے ذریعہ منڈھے کو اٹھایا جاتا ہے۔ رنخ درد و التهاب
کے لئے مناسب تدبیر کی جائے۔ مثلاً درد کے لئے مرکبات انیونیہ دیے
جائیں۔ اس کسر کا انجبا رعمو نا و دماہ میں ہوتا ہے +

زائدہ اخسرم کا کسر

ضرب اصل یا منڈھے کی چوٹی پر کسی چیز کا گرنا اس کسر کا سبب
ہوا کرتا ہے +

علامات ۱۔ منڈھے کی بلندی (راس الکفت) کی گولائی دور ہو جاتی
ہے۔ یہ چپٹا سا ہو جاتا ہے۔ ہڈی کے ٹوٹے ہوئے حصہ کو عصئلہ ذالیمہ
بچنے کی طرف کھینچ لاتا ہے۔ اگر انگلیوں سے سنسنہ کو جڑ سے نوک تک
یعنی زائدہ اخسرم تک ٹیٹولیں، تو ٹوٹا ہوا مقام محسوس ہوگا +
اس کسر میں مرین باہر کی طرف بازو کو اٹھا نہیں سکتا ہے۔

تشخیص ۱۔ اس کسر میں شانہ کے جوڑے حرکت کی قابلیت دور

لے کر وین پر اس +

نہیں ہوتی ہے۔ اور بازو کو اٹھانے سے ہڈی کا ٹکڑا اپنی جگہ پر آ جاتا ہے
 کہنی کو اونچا کر کے اگر بازو میں حرکت دے دے اور یہ پیدا کی جائے۔ تو صریح
 آواز محسوس ہوگی +

علاج۔ کسر ترقوہ کے مانند تدبیریں کریں۔ لیکن یہ ضروری ہے کہ
 اس کسر میں جو گدی بغل میں رکھی جائیگی، وہ کہنی سے قریب تر ہونی چاہئے
 اگر اس زائدہ کا سر اٹوٹ جائے۔ تو ایک گدی کہنی اور سینہ کے درمیان
 رکھ کر بازو کو اوپر اور اندر کی طرف اٹھائیں، اور سینہ کے ساتھ عصا بہ
 اور معلق (محامل) کے ذریعہ قائم کر دیں۔ اس کسر کا انجبار علی العموم عظمی
 نہیں ہوتا ہے۔ کیونکہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے کا ملا کر قائم رکھنا اس مقام
 میں بہت دشوار ہے +

زائدہ منقاریہ کا کسر

یہ قلیل الوقوع ہے۔ لیکن جب ہوتا ہے، تو بازو کو اوپر، اندر اور
 سامنے کی طرف لے جانے میں سخت تکلیف ہوتی ہے۔ کیونکہ اس حرکت
 سے عضلہ ذات الراسین اور اخیر سیہ عضلہ میں تکلیف ہوتی ہے، جو
 ماؤف ہوتے ہیں۔ یہ زائدہ کسر کی صورت میں متصلہ عضلات کے فعل کی
 وجہ سے نیچے کی طرف کھینچ آتا ہے + صریح معلوم کرنا چاہیں، تو عضلہ صدر یہ
 کبیرہ اور ذالیہ کے درمیان مقام کو نگلی سے دبائیں، اور مریض سے کہیں
 کہ وہ کھانے یا کندھے ہلائے۔ اس سے صریح کا احساس ہوگا +

علاج :- اس کسر میں ٹوٹے ہوئے ٹکڑے کو اپنی اصلی جگہ پر لا کر

لے کر یکجا کر دے اس +

پورے طور پر بٹھانے کا کوئی ذریعہ نہیں ہے۔ ہاں ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو قریب لانے کی کوشش اس طرح کی جاتی ہے کہ بازو کو سامنے اور اندر کی طرف لاکر اور کلائی کو موڑ کر سینے کے ساتھ معلق (حامل) اور پٹی کے ذریعہ باندھ دیتے ہیں۔ تاکہ یہ عضلے ٹھیلے پڑ جائیں، اور بازو بلند ہو جائے

بازو کی ہڈی کا کسر

کسر العضد بازو کی ہڈی کا ہے اوپر کے سر کے پاس ٹوٹتی ہے، لگا ہے درمیان میں جسم، اندر کا ہے زیرین سر کے پاس، چنانچہ جب اسکا بالائی سر ٹوٹتا ہے تو اسکی دو صورتیں ہوا کرتی ہیں: (۱) کیس مفصلی کے اندر (۲) کیس مفصلی کے باہر

رأس العضد کا کسر کیس مفصلی کو اندر

کیس کے اندر بازو کے بالائی سر کے ٹوٹنے کی دو صورتیں ہوتی ہیں: (۱) کسر بسیط (۲) کسر مدغم اگرچہ یہ دونوں صورتیں شاذ و نادر ہی واقع ہوتی ہیں۔

حق تشریح کا یہ ضرب و اصل مثلاً مڑھٹھے کے بل گرنے یا مونڈھے پر کسی کسر بسیط چیز کے گرنے سے واقع ہوتا ہے۔ اور بمقابلہ کم عمروں کے عمر لوگوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ اس کسر میں شانہ کے جوڑ کی حرکت جاتی رہتی ہے۔ درم ۱۱ درجہ ہوتا ہے۔ اور گا ہے مفصل میں شدید التهاب پیدا ہو جاتا ہے۔ خستہ (سریر) کی آواز گاہے بازو کو گھمانے سے سنائی دیتی ہے، اگر زائدہ مقدار الغراب سے زائدہ مرفقیہ رکھنی، ہلک بازو کو ناپا

جائے۔ تو یہ صیغہ جانب کے مقابلہ میں نصف یا تقریباً ثلث قیراط چھوٹا ہوگا اس کسریں فساد شکل بدنامائی (زیادہ نہیں ہوتا ہے۔ اکثر صورتوں میں ہڈی کا بالائی ٹکڑہ زیرین حصے سے بالکل الگ نہیں ہوتا ہے۔ اسلئے ہڈی اکثر مردہ ہونے سے ٹکی رہتی ہے +

حق تشریحی کا اس کسریں اوپر کا ٹکڑہ انچے کے ٹکڑے میں دونوں جدولوں کسر مؤ غم کے درمیان گھس جاتا ہے ورم ہوتا ہے (جس سے بازو کی لبائی کسی قدر کم ہو جاتی ہے۔ شاذ کی بلندی رزائدہ منقار انغراب) اصلی حالت سے بڑھ جاتی ہے۔ (دور منقار انغراب کے نیچے گڑا ہوا معلوم ہوتا ہے) نوڈل سے کی گولائی کم ہو جاتی ہے، عظم العضد کے دونوں حصے شاذ کے سر سے قریب تر ہو جاتے ہیں۔ (۱) اور بازو کا سر پورے طور پر سر محسوس نہیں ہوتا ہے۔ نیز یہ عین الکشف میں ہوتا ہے۔ بازو کی سیدھیں اصلی جگہ نہیں ہوتا۔ (۲) حریم کے پاس ورم سا معلوم ہوتا ہے۔ فساد شکل پہلی قسم کی نسبت اس میں زیادہ ہوتا ہے (۳) تحریر کی آواز اس میں مسرور نہیں ہوتی ہے۔ (۴) خلع مفصل سے اسکی تشخیص اس طرح ہوتی ہے کہ اس میں بازو کا سر بغل کی طرف چلا نہیں جاتا ہے۔ اگرچہ بعض اوقات کسر کے ساتھ خلع بھی مرکب ہوتا ہے۔ اور ہڈی کا سر بغل میں داخل ہو جاتا ہے +

امتحان تشخیص کے وقت اس بات کا خیال رکھیں کہ کوئی سختی درہتی

جائے۔ درد ممکن ہے کہ دونوں ٹکڑوں کے درمیان کج باطالت

موجودہ ٹوٹ جائیں اور ہڈی کا ادغام جاتا رہے۔ اسی طرح

ان ٹکڑوں کے بٹھانے میں بھی یہی احتیاط منظور ہے +

علاج :- چونکہ اس کسریں ورم دالتهاب ہوتا ہے، اس لئے

انتہاب کی تدبیر کریں غسل بخیر گائیں (۱) کے بعد بغل میں نون مغلوب (۲) کی شکل کی گدی لگا کر کوتاہ یا چمڑے کا ٹوپی ناجیرہ بنا کر کندھے اور بازو کو ملفون کریں (۳) لیکن اس سے پہلے انگلیوں سے لیکر موڑھے تک نیچے سے اوپر کی طرف عصابہ (غلاف) لگائیں۔ کچھ کلائی اور کھنی (دیر فنی) کو معلق (حامل) میں لٹکائیں۔ اور کھنی کو سینے کے ساتھ بازو دھکے بہ حرکت کر دیں۔ اس کسر کا انجام تقریباً چھ ہفتہ میں ہوتا ہے۔ تحریک تسری (قری) یا ہفتہ میں اور زالمش تیسرے چوتھے دن سے کرنی چاہئے۔ ورنہ باوجود علاج کے مناسب ہونے کے اکثر اوقات جوڑ مدت دراز تک انجبار کے بعد سخت رہتا ہے۔ اور گاہے تازہیت اسی سختی پر قائم رہ جاتا ہے اور گاہے انجام رباطی حاصل ہوتا ہے، مکمل ہڈی کا جوڑ نہیں بنتا جیسا کہ عنق الفخہ کے کسر داخل الکیس میں گاہے واقع ہوتا ہے۔

عنق الجراحۃ کا کسر (خارج الکیس)

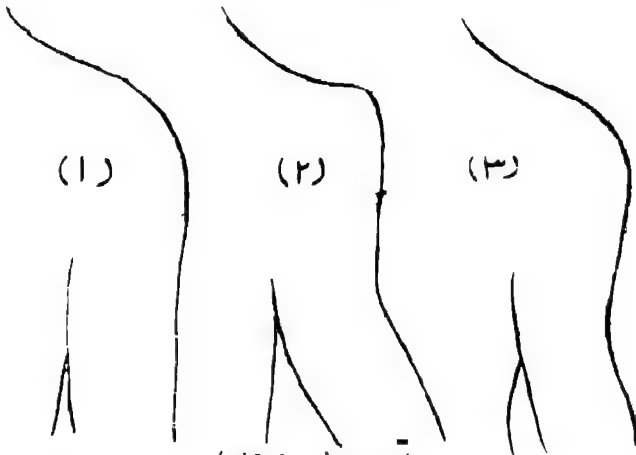
بازو کی ہڈی کا کیس مفصلی کے باہر ٹوٹنا، یعنی عنق جراث کا ٹوٹنا اسکی بھی دو صورتیں ہیں۔ (۱) کسر ماذج (کسر بیض) (۲) کسر مدغم۔ اس کسر میں ہڈی علی العموم اس مقام سے ٹوٹا کرتی ہے جو جدوں کے نیچے یا اس عضلات کے نیچے واقع ہے، جو جدوں پر لگے ہوتے ہیں، اور جو عضلات صدر یہ کبیرہ، نثر یہ عریضہ، اور مستدیرہ کبیرہ کے اختتام کے اوپر واقع ہے۔ اس کسر کا سبب اکثر اوقات ضرب و حمل ہوتی ہے

۱۔ ایوے پورے ٹنگ روشن + ۲۔ پئے یومود منٹ ۳۔

۴۔ گٹا پرچا +



بازو کی ہڈی کی غنق ابجراحت کا ٹوٹ جانا



تصویر (۶۹)

خاکے، جن میں مونڈھوں کی مختلف وضعیں دکھلائی گئی ہیں

(۱) مونڈھے کی طبعی وضع

(۲) مونڈھے کی وضع ظم الکشف کی صورت میں

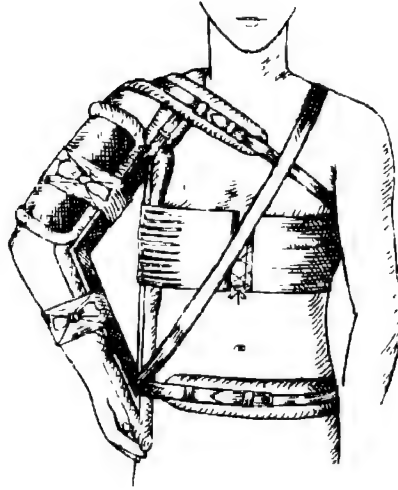
(۳) مونڈھے کی وضع عضد کے غنق ابجراحت کے کسر کی صورت میں

جو منڈھے کی بلندی (رمانہ منکب) کے نیچے لگتی ہے۔ یا یہ کہ مریض ہاتھ یا کہنی کے بل کرتا ہے، اور علی العموم یہ کسر کم دبیش آڑا ہوتا ہے اور گنا ہے دونوں سرے ترچھے یا دندانہ دار ہوتے ہیں۔ یہ کسر جوانوں میں زیادہ ہوتا ہے۔ اور جب یہی اسباب بچوں میں واقع ہوتے ہیں، تو ہڈی کا سر (گردوس) ہڈی کے جسم سے جدا ہو جاتا ہے (انفصال گردوس)، کسر کی مذکورہ بالا دونوں قسموں میں نیچے کا ٹکڑا زائدہ اخرم کے نیچے ادھر آتا ہے۔ جو بلر کے نیچے محسوس ہوتا ہے، علی الخصوص جبکہ کہنی کو ایک کی طرف دبا کر گھمایا جائے۔ اسلئے کہ یہ ٹکڑا ان عضلات کے عمل سے اندر کی طرف کینچ آتا ہے، جو میز اب ذات الراسین پر لگے ہوتے ہیں۔ اور عضلا ذالیه۔ اخرمیہ عضدیہ، ذات الراسین، اور ثلاثیۃ الرؤس کی وجہ سے یہ اوپر کی طرف منجذب ہو جاتا ہے۔ اور اوپر کا ٹکڑا باہر کی طرف عضلات فوق السنہ، تحت السنہ، مستدیرہ صغیرہ، اور تحت الکتف کے عمل سے مڑ جاتا ہے، جو علی العموم بہت زیادہ نہیں ہوتا۔ ہڈی کا سر شانہ کے گڑھے (رین الکتف) میں ہوتا ہے، لیکن بازو کے ہلانے سے نہیں ہلتا، عین الکتف کے نیچے گڑھا سا معلوم ہوتا ہے، بشرطیکہ وہاں درم نہ ہو گیا ہو۔ مقدار الغراب کم نمایاں ہوتا ہے۔ ہاتھ کی لمبائی ایک قیراط یا زیادہ کم ہو جاتی ہے۔ صغیرہ عضدیہ پر دباؤ پڑنے سے انگلیوں اور بازو میں سخت درد ہوتا ہے کہ کہنی بغل سے دور ہو جاتی ہے، اور زیریں ٹکڑے کا رخ (محور) اوپر اور اندر کی طرف ہوتا ہے۔ خشخہ معلوم کرنے کے لئے باد کو پھیلائیں، اور گھمائیں۔ بچوں میں چونکہ ہڈی کا سر جدا ہوتا ہے اس لئے ان میں انفصال گردوس سے زیادہ درد نہیں ہوتا ہے۔

جب اس کسر میں ہڈی کا زیرین سرا اوپر کے سرے میں داخل ہو جاتا ہے (کسر دغم) تو بازو میں نہ غیر معمولی حرکت ہوتی ہے، نہ خستہ کا احساس ہوتا ہے، اور نہ نساؤ شکل زیادہ ہوتا ہے۔ الغرض وہ تمام علامات و اعراض کم نمایاں ہوتے ہیں، جو کسر و خلع پر دال ہو سکتے ہیں۔ اگر جراح ایک ہاتھ سے مونڈھے کو پکڑے، اور دوسرے ہاتھ سے بازو کے زیرین حصے کو، اور پھر بازو کو زور سے گھمائے، تو ممکن ہے کہ دونوں ہاتھوں کے درمیان کسی قدر خستہ کی آواز پیدا ہو۔ علاوہ ازیں چونکہ زیرین ٹکڑا اوپر کی طرف علی العموم کھینچ جاتا ہے، اسلئے مونڈھے کے پاس خفیف بدوضی پائی جاتی ہے، اور بازو کی قدر چھوٹا ہو جاتا ہے۔

بچوں میں نعل سے اسکی تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ لیکن کسریں چونکہ ہڈی کا سرا بنی جگہ پر قائم رہتا ہے، اور بازو کے جسم کے باہری سرے کا تیز کنارہ نمایاں ہوتا ہے۔ اس لئے تشخیص آسان ہے

علاج۔- انٹیکلیوں سے لیکر بازو تک پٹی باندھیں۔ تاکہ ہاتھ میں ورم نہ جمع نہ ہونے پائے۔ بغل میں گڈی (دوسادہ) رکھیں۔ تاکہ زیریں ٹکڑا باا کی طرف چلا جائے مونڈھے اور بازو کو کو تا برضایا پتھر کے ٹپی ناجیرہ لفوف کریں تاکہ بازو کے سر کو سہارا ملے کسی کو سامنے لاکر سینہ کیساتھ قائم کریں اور کلائی کو معلق (حامل) میں ٹکائیں، مگر یہ سب اس وقت کیا جاتا ہے، جبکہ ہڈی کے دونوں سرے ایک دوسرے سے باقاعدہ مل گئے ہوں۔ ورنہ بعض اوقات مریض کو بیہوش کر کے ہڈی کے دونوں سروں کو ملا نا پڑتا ہے یعنی زیرین ٹکڑے کو نرمی کے ساتھ باہر کی طرف کھینچ کر دہر کیا جاتا ہے، جس سے دونوں ٹوٹی ہوئی سطحیں ایک دوسرے سے مل جاتی ہیں، جب ہڈی



تصویر (۷۰)

سامان تجیر عند کسور کے لئے

ترجیحی ٹوٹتی ہے دکر سورب واقع ہوتا ہے) اور ہڈی کے ٹکڑے ایک دوسرے پر اس طرح سوار ہو جاتے ہیں، کہ جب انکو باقاعدہ بٹھایا جاتا ہے، تو یہ قائم نہیں رہتے، بلکہ اپنی جگہ سے مکر رہٹ کر بد وضعی پیدا کر دیتے ہیں، تو ایسی صورت میں مریض کو لٹا کر عضو کو ایسی حالت میں رکھا جائے کہ وہ مسلسل کچا ہوا رہے۔ گاہے اسی مقصد کے لئے بعض مخصوص بنائے ہوئے آلات استعمال کئے جاتے ہیں، جس سے بازو و جھات انبساط و تمدد رہتا ہے، اور پانچ سے دس رطل تک وزن لٹکا دیا جاتا ہے۔ ہلکی مالش شروع ہی سے جاری رکھیں۔ تاکہ ترشحات کے انخواب میں اس سے امداد ملے، اور عضلات اکڑ نہ سکیں۔ تین ہفتہ کے بعد مریض کو اٹھنے کی اجازت دے سکتے ہیں، مگر مریض معمولی طور پر محافظت اور سہارہ کی تدبیر استعمال میں رکھے۔ اور تین ہفتہ کے بعد (روزانہ مالش اور تسری تحریک جاری رکھی جائے۔ مستحکم اتصال عام طور پر ساڑھے چار سے چھ ہفتہ تک ہوتا ہے، اور ہڈی میں بہت بڑا دشہبذ لگ رہا بن جاتا ہے۔ دو ماہ کے بعد بیمار بازو کو استعمال کر سکتا ہے۔

اگر کسر بہت زیادہ ترجیحا واقع ہوا ہو، اور زیرین ٹکڑے کا بالائی سرا بہت زیادہ اوپر اور اندر کی طرف مائل ہو تو ایسی صورت میں ہڈی کے دونوں سروں کے ملانے میں بہت دشواری لاحق ہوتی ہے، اور عروق و اعصاب پر بہت سخت دباؤ واقع ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اکثر اوقات علیت (دستکاری) کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس لئے عضلہ ذالیہ کے اگلے کنارہ کے مقابل شکاف لگایا جائے۔ اور ہڈی کی اگلی سطح کو کھول دیا جائے۔ اب ہڈی کے مقابل سروں کو جوڑ کر

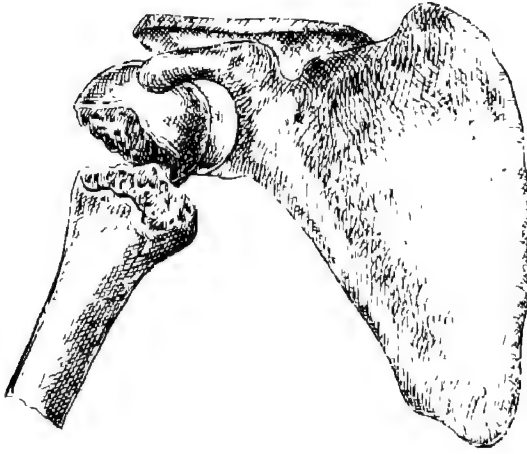
ملا دیں، اور اچھی طرح بٹھا کر تار سے، یا ہڈی کی کیلوں سے، یا مناسب
خمیدہ طبقات (دھات کے پرتوں) سے قائم کر دیا جائے۔ اگر زیادہ کھولنے
کی ضرورت ہو تو شگاف کو اوپر اور باہر کی طرف دساکر دیا جائے۔ اور
زالیہ کے اگلے حصے کو تقریباً ایک قیراط تک (منقار الغراب کے نیچے)
کاٹ کر نیچے اور پیچھے کی طرف موڑ دیا جائے، اس سے ہڈی کے سر کا
بیرونی منظر بھی نظر آ سکیگا۔ آخر میں اس عضلہ کو احتیاط سے سی دیا جائے
جس سے اسکے فعل میں خلل واقع نہ ہو۔

کسر مدغم کا علاج یہ ہے کہ بازو کو دھڑکے ساتھ چند روز تک
باندھ دیا جائے۔ تاکہ دونوں گھسے ہوئے ٹکڑے الگ نہ ہو جائیں +
عق الجراحات کا کسر بسا اوقات مرکب ہوا کرتا ہے۔ اگر ایسی صورت
ہو تو جراحات کا مناسب علاج کریں +

بالائی کر دوسہ کا انفصال

کر دوسہ۔ ہڈیوں کے انجمنی سرے جو ادائل میں الگ ہوتے
ہیں۔ مثلاً بازو کی ہڈی کا بالائی سر۔ صدر۔ زیرین نعتین وغیرہ
یہ سب کر دلیس ہیں +

یہ ادائل عمر میں اٹھارہ سے بیس سال تک (بقول بعض چوبیس
سال تک) واقع ہوتا ہے۔ اس میں ہڈی کا سر اور دونوں جڈ بے جدا
ہو جاتے ہیں۔ چونکہ جسم کا بالائی سر کسی قدر مخروطی ہوتا ہے، اور مخروط
کا زاویہ اس نشیب میں داخل ہوتا ہے، جو کر دوسہ کے وسط میں پایا
لے سپے ریشن آندی اپراپی نمیزر +



تصویر (۷۱)

عظم العضد کے بالائی کردوسہ کا انفصال

جاتا ہے، اسلئے اسکا انفصال بھی عموماً اسی شکل پر ہوتا ہے + اس میں عموماً بد وضعی ناکمل ہوتی ہے۔ اگرچہ جسم عموماً کسی قدر سامنے کی طرف چلا جاتا ہے اسکا بالائی سراجلہ کے نیچے او بھرتا ہے جو زائدہ اخرم سے ایک قیراط یا زیادہ نیچے ٹٹولنے سے (یا آنکھوں سے) محسوس ہوتا ہے بعض اوقات اندر کی طرف اسکا سیلان اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ یہ حالت قطعاً تحت انفرا سے مشابہ ہو جاتی ہے۔ مگر امتیاز اور تشخیص اس طرح کی جاسکتی ہے کہ اس حالت میں ہڈی کا سرکفت کے نشیب میں قائم رہتا ہے۔ اس انفصال اور کسر میں فرق یہ ہے کہ انفصال کر دوسہ میں کرکراہٹ کی آواز (خشخشہ) نرم ہوتی ہے +

علاج :- اس حالت میں ہڈی کو اپنی جگہ بٹھانا اس لئے بہت اہم ہے کہ اگر ایسا نہ کیا جائے، تو ممکن ہے کہ عضوی بالیدگی میں فرق آجائے۔ اس مقصد کے لئے مریض کو بیہوش کریں۔ اسکے بعد بازو کو کھینچ کر باہر کی طرف گھمائیں، تاکہ ٹوٹے ہوئے سرے مل جائیں۔ اگر اس تدبیر سے ہڈی اپنی جگہ پر نہ آئے، تو پوری صفائی کے ساتھ جوڑ کو کھول کر ہڈی کے سرو نکولائیں اور بقیہ تدابیر ہڈی کی گردن کے کسر کے مطابق عمل میں لائیں۔ گاہے ہڈی ٹلی ہوئی جگہ میں جڑا جایا کرتی ہے، جس سے بازو کی حرکات میں عصبہ کے جسم کے اُبھار کی وجہ سے رُکاوٹ واقع ہوتی ہے۔ اسکی اصلاح کی صورت یہ ہے کہ اس بلند ہڈی کو کاٹ کر اور جمیل کر درست کر دیا جائے +

حدیہ کبیرہ کا انفصال

گا ہے عضد کے سر سے حدیہ کبیرہ کندھے کے بل گرنے، یا اس پر ضرب لگنے، یا عضلی تشنج کے سبب سے جدا ہو جاتا ہے، حدیہ کبیرہ پر تین عضلات ختم ہوتے ہیں، جنکے انقباض کا اثر بڑھ سکتا ہے، عضلہ فوق السنہ، تحت السنہ، اور مستدیرہ صغیرہ۔ اس کسر میں حدیہ اوپر اور نیچے کی طرح اور کی مقدار متغیر الغراب کے نیچے اور نیچے کھینچ جاتا ہے۔ عضد کا سر اوپر اور اندر کی طرف ان عضلات کے عمل سے گھوم جاتا ہے جو سینہ سے آکر بازو پر ختم ہوتے ہیں۔ اور بازو کا سر تھوڑا سا اپنی جگہ سے ٹل جاتا ہے جس سے مونڈھا چوڑا سا ہو جاتا ہے، دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں نالی سی معلوم ہوتی ہے۔ ہڈی کا گول سر بازو کو گھمانے پر انخرم کے نیچے معلوم ہوتا ہے اور حدیہ کبیرہ کی باندھی الگ جوڑے سے باہر اور نیچے کی طرف دکھائی دیتی ہے اور ان دونوں کے درمیان متغیر الغراب غیر معمولی طور پر محسوس ہوتا ہے اگر خشک معلوم کرنا چاہیں، تو دونوں ٹکڑوں کو قریب لاکر بازو کو گھمائیں قریب لانے کی صورت یہ ہے کہ بازو کو باہر کی طرف لیجائیں، اور حدیہ کو مٹھلیوں سے قریب کریں۔ اس کسر میں باوجودیکہ درد شدید ہوتا ہے، مگر پھر بھی شانہ کی حرکت غیر ممکن نہیں ہوتی ہے +

علاج :- اس میں کوئی شک نہیں کہ اگر یہ صورت واقع ہو تو سب سے بہتر تجویز یہ ہے کہ اس جگہ شکات دیکر ٹلے ہوئے حدیہ کو تار، یا بیج، یا کیل (بچرا) سے اپنی جگہ لاکر بٹھا دیں۔ اس مقصد کے لئے عضلہ ذالیہ میں شکات لے پے ریشم آن دی گرینٹ ٹیو براسٹی،

اوپر کی طرف دیں جہاں سے وہ نیچے مڑتا ہے۔ اگر عفونت سے بچایا جائے تو اس علیت سے عمدہ نتائج برآمد ہوتے ہیں۔ اس علیت کی ناکامی کی صورت میں مریض کو ٹٹا دیا جائے، بازو کو بلند اور پھیلا ہوا ر بدن سے دور رکھا جائے، اور تکیوں سے سہارا دیا جائے یہاں تک کہ اتصال واقع ہو جائے۔

یہ کہ بغل میں تکیہ رکھ کر کہنی کو پٹی لگا کر پہلو سے قریب لایا جائے پھر ٹٹے ہوئے صدر کو مناسب گدیوں اور پٹیوں سے بازو کے سر سے ملایا جائے، اور کہنی کو سعلق (حائل) میں رکھا جائے۔

(۷) عظم العضد کے جسم کا کسر

بازو کی ہڈی کا جسم عموماً ترچھے طور پر اوپر سے نیچے، اور باہر کی طرف ٹٹا کرتا ہے۔ بیرونی ضربات و صدمات کے علاوہ عضلی تشنج سے بھی یہ ٹوٹ جایا کرتا ہے۔

علامات: بازو کی ہڈی غیر طبعی مقام پر حرکت کر سکے گی، جہاں پہلے حرکت نہیں ہو سکتی تھی۔ صریح (خشخشتہ) محسوس ہوگا، اور کسر کی دیگر علامتیں موجود ہونگی، ہڈی کے ٹکڑوں کا زنیان (میلان) محل کسر کی وجہ سے مختلف ہوا کرتا ہے، مثلاً اگر ہڈی عضلہ ذالیہ کے منتہی کے اوپر اور صدریہ، ظہریہ عریضہ اور مستدیرہ کبیرہ کے منتہی کے نیچے ٹٹے تو نیچے کا ٹکڑا عضلہ ذالیہ کے محل سے اوپر اور باہر کی جانب رہے گا۔ اور اوپر کا ٹکڑا عضلہ صدریہ کبیرہ اور ظہریہ عریضہ کے محل سے دھڑکی طرف کچھ جائیگا اسی طرح اگر کسر عضلہ ذالیہ کے منتہا کے نیچے واقع ہوگا، تو اوپر کا ٹکڑا

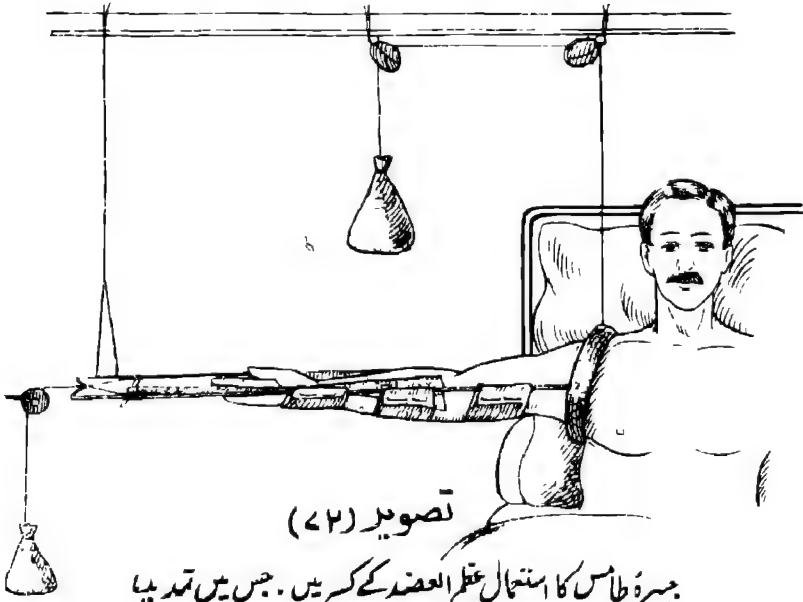
عصلہ زالیہ کے عمل سے باہر اور اوپر کی طرف اور نیچے کا ٹکڑا اُن عضلات کے کھینچنے سے جو کلائی پر ختم ہوتی ہیں اندر اور اوپر کی طرف کھینچ جائیگا۔ عصب عضلی طوب گاہے ابتدائی طور پر اور گاہے ثانوی طور پر دست بند بننے کے بعد مجروح ہو جایا کرتا ہے +

علاج - ٹوٹے ہوئے سرور کو بٹھانے کی تدبیر یہ ہے کہ کنسی کو زاویہ قائمہ پر موڑ کر کلائی کو کھینچا جائے، اور بد وضعی کو ہاتھ سے ٹوٹ کر درست کیا جائے۔ اسکے بعد مریض کے بغل سے کلائی تک اندرونی جانب ایک قائم الزاویہ جبرہ لگائیں۔ اور لکڑی یا وصلیوں کے تین جھوٹے جبرے عضلوں کے تینوں طرف لگائیں، کنسی اور کلائی کو حلق (حائل) میں رکھیں۔ اندر کی جانب جبرہ لگاتے وقت اس بات کا خیال رکھیں، کہ یہ جبرہ دریدہ بطنی کو نہ دبائے، ورنہ تہج پیدا ہو جائیگا، اسی طرح اندرونی تھنے کی حفاظت کے لئے گول گدی لگائیں +

اگر بازو کے پنج میں یا اس کے قریب کسرواق ہو، تو قائم الزاویہ جبرہ باہر کی طرف کندھے سے پہنچے تک لگائیں، یا طریق اول کے مانند جبرہ لگا کر بازو کو مچھاتی کے ساتھ باندھ دیں +

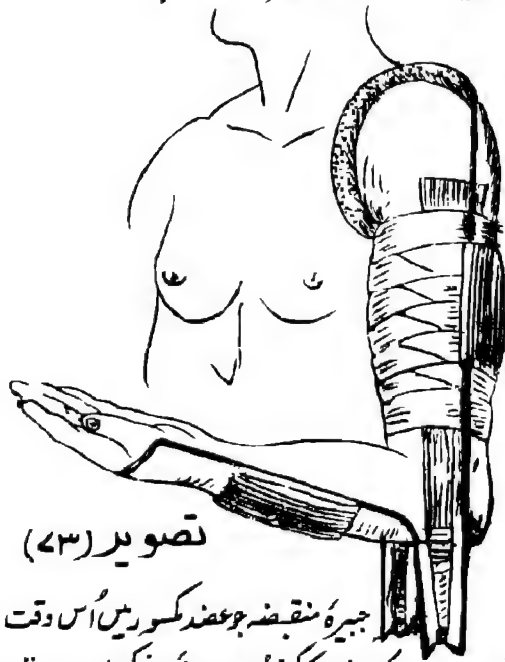
گاہے اس کسر میں تہ گرد و ٹکڑا جبرہ استعمال کیا جاتا ہے، جبکہ بالائی سراگھوڑے کی نعل کی شکل کا ہوتا ہے، جبرہ نرم گدیاں لگا کر بغل میں لگا دیا جاتا ہے۔ یہ جبرہ بازو کے اندرونی جانب رہتا ہے، اور اسکا زیرین سراکنی سے آگے نکلا رہتا ہے۔ علاوہ ازیں بازو کو کھینچنے کے لئے آہ لگا کر اس کی ڈوری پلنگ کی پانٹی کی طرف پسیر (گھرنی) میں ڈال دی جاتی ہے +

لہجہ گردہ اسپلنٹ +



تصویر (۴۲)

جبرہ طاس کا استعمال عظم العضد کے کسریں . جس میں تمدید
تبعید، اور تعلیق کی ضرورت ہے .



تصویر (۴۳)

جبرہ منقبضہ جو عضد کسریں اُس وقت استعمال کیا جاتا ہے
جبکہ ضرورت اس امر کی داعی ہو کہ کسی مڑی ہوئی ہونٹ کی مٹوت میں تمدید پیدا کی جائے +

ہے، اور ڈوری میں مناسب وزن (۵ سے ۱۰ رطل) لٹکا دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے سے ہڈی کے زیرین ماکوٹے پر مسلسل کھنچاؤ رہتا ہے، اور بد وضعی (فساد شکل) دوبارہ پیدا نہیں ہوتی۔ اس جبیرہ کو نکالے بغیر مفصل کو متحرک کیا جاسکتا ہے، اور مائش کیجا سکتی ہے +

اسی طرح گا ہے طائش کا جبیرہ بھی استعمال کیا جاتا ہے۔

مناسب حالات میں اس کسر کا انتہام پانچ چھ ہفتہ کے اندر ہو جاتا ہے اور مریض سات ہفتہ کے اندر اپنے ہاتھ کو استعمال کر سکتا ہے، حرکت تیسرے چار ہفتے میں شروع کر دینا چاہئے۔

(۸) عظم العضد کے زیرین کسر کا کسر

عظم العضد کے زیرین سرے (یعنی کہنی کے جوڑ کے قریب) کے کسر میں خلع سے اکثر مغالطہ ہو جاتا ہے، جو اس طرح دور ہو سکتا ہے کہ جراح مریض کے سامنے کھڑا ہو کر تندرست اور بیمار جانب کی دونوں کھینوں کو تنگا کر کے ان کا باہم مقابلہ کرے، اس غرض کے لئے بیمار کی کہنی کو قائم الزاویہ پر مشکیڑ کر دونوں ہاتھوں کی کلائی کا بالائی حصہ اپنے دونوں ہاتھوں کی پتیلی میں اس طرح رکھے، کہ انگوشت (انگوٹھا) بیرونی لقمہ پر، انگشت مستقیم زائدہ برفقیہ پر، اور انگشت وسطی (درمیانی انگلی) اندرونی لقمہ پر رہے، جب جراح اور مریض اس حالت میں ہوں، تو اس وقت ایک مددگار مریض کے ہاتھ کو کبھی چپت اور کبھی پٹ کرے، اور جراح تینوں مقامات مذکورہ کے فاصلہ کا اندازہ کرے +

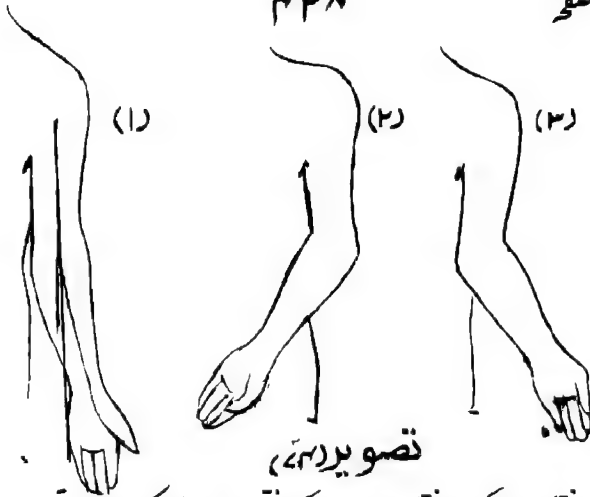
جب کہنی حالت انبساط میں ہوتی ہے تو دونوں طرف کے لقمین ^{لحم} اور زائدہ مرفقیہ کا سرا، تینوں، ایک خط کی سیدھ میں ہوتے ہیں، اور جب حالت انقباض میں ہوتی ہے، تو ان تینوں سے ایک شلت بنتا ہے، جس کا ناریہ زائدہ مرفقیہ ہاتھ انگلیوں کی طرف ہوتا ہے۔ زائدہ اعلیٰ (کعبہ) کا سرا ٹھیک بیرونی لقمہ کے نیچے عموس ہونا چاہئے۔ اگر کہنی کو موڑ کر زادیہ قائم بنایا جائے، اور بازو کے پیچھے ایک اسطوانہ رکھا جائے، تو وہ مرفق کے زائدہ کو چھو نہ سکیگا +

(الف) زیرین گردوسہ کا جدا ہو جانا یا ہڈی کے جسم کا مقام انتہاء سے ترچھے طور پر جدا ہو جانا۔ اس کسر میں حز بکری اور اندرونی لقمہ جسم سے ٹوٹ کر کلائی کے ساتھ عضلہ ثلاثیۃ الرؤس کی کتر سے پیچھے کی طرف اور قدرے پہلوی جانب چلے جاتے ہیں، مگر جوانی (بلوغ) کے بعد اندرونی لقمہ چونکہ ہڈی میں تبدیل ہو کر جسم کے ساتھ مستحکم طور پر جڑا جاتا ہے، اسلئے گردوسہ کے جدا ہونے پر اندرونی لقمہ ہڈی سے جڑا رہتا ہے + اکثر یہ کسر بچوں میں چند سال کی عمر تک ہوتا ہے، اس میں خفۃ دسریر، کم سنائی دیتا ہے +

علاج :- بازو کو سیدھا کر کے ہڈی کو اپنی جگہ بٹھائیں، اسکے بعد بازو کو پورے طور پر سکیز کر انگلیوں سے کندھے تک پٹی لگائیں، اور اسطوں روز حرکت قسر یہ دیں +

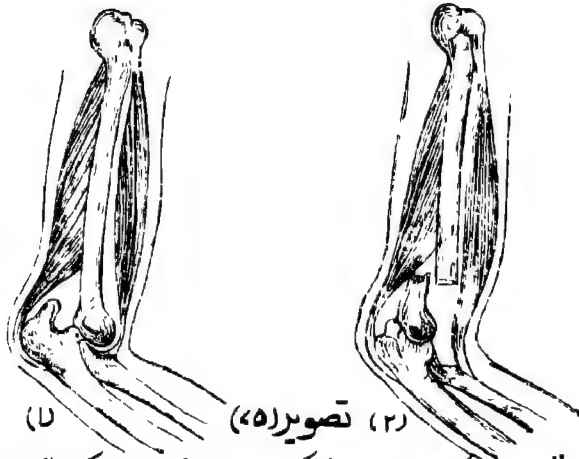
(ب) عظم العصد کے زیرین کسر کا کسر

اسے کسر فوق اللقمین کہا جاتا ہے۔ یہ کسر کثیر الوقوع ہے، یہ کسر



تصویر (۴)

- ہاتھ کے مختلف خاکے، جو مختلف حالات کے مختلف اوضاع کو ظاہر کرتے ہیں۔
- (۱) ہاتھ اپنے طبعی وضع میں (جبکہ یہ تقریباً ۱۵- درجہ کا زاویہ بناتا ہے)۔
- (۲) عظم العنق کے زیرین سرے کے کسر میں ہاتھ اندر یا باہر کی
- (۳) طرف پھیر گیا ہے؛ اور طبعی وضع قائم نہیں رہی ہے۔



تصویر (۵)

- (۱) عظم العنق کے زیرین سرے کا کسر، اوداس کے مقابلہ کے لئے زندین کے خلع کی تصویر دکھلائی گئی ہے، جس میں زندین کے دونوں زیرین سرے کئی کے پاس پیچھے کی طرف مل گئے ہیں۔

اس طرح واقع ہوتا ہے، کہ لقمہ کے ایک یا دو قیراط اور پرترچھے یا آڑے طور پر ہڈی ٹوٹ جاتی ہے، (قسم مَرَب زیادہ عام ہے) چنانچہ نیچے کا حصہ پیچھے کی طرف جلا جاتا ہے +

اس کسر کی تخیص میں دقت نہیں ہوتی، لیکن ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو ملا کر قائم رکھنا دشوار ہوتا ہے۔ یہ صورت اُس وقت واقع ہوتی ہے، جبکہ کہنی کے ٹکڑے ہوئے ہونے کی حالت میں بازو پر چوٹ لگ جائے + کسر کی یہ صورت زندا علی وزندا اسفل کے خلع مؤخر سے مشابہ ہوتی ہے۔ لیکن (۱) کسر کی صورت میں استخوانی ابھاروں کا باہمی تناسب بدستور قائم رہتا ہے۔ (۲) بازو کی لمبائی کم ہو جاتی ہے۔ (۳) بالائی ٹکڑا کہنی کے موڑ سے اوپر محسوس ہوتا ہے (۴) بد وضعی کو زائل کرتے وقت خشخش پیدا ہوتا ہے، اور اسکے بعد بدستور بد وضعی لوٹ آتی ہے اگر ضرب کے بعد اس مقام میں درم زیادہ ہو جائے، تو یقین کے ساتھ تخیص کرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ ایسی صورت میں عکس رینے سے مدد لینا چاہئے۔ گاہے زیرین ٹکڑا بجائے پیچھے جانے کے سامنے کی طرف بھی آ جاتا ہے۔

علاج :- علاج کے دو بڑے مقاصد ہوتے ہیں (۱) کہنی کا جوڑ سخت نہ ہو جائے۔ (۲) بد وضعی نہ پیدا ہو۔ ٹلے ہوئے ٹکڑوں کو اپنی جگہ بٹھانے کے لئے مرین کو بیوش کریں۔ اگر اس طرح کامیابی نہ ہو تو عملیت جراحیہ کے ذریعہ ہڈی کو کھول کر اپنی جگہ بٹھائیں، اور عضو کو پورے طور پر مرمر کر لا صورتہ لگا دیں۔ دو تین دن کے بعد شعاع رائجن کے ذریعہ یہ

لے پلاسٹر +

دیکھنا چاہیے کہ بٹا ے ہوئے ٹکڑے اپنی جگہ پر ہیں یا نہیں، مالش اور حرکت
قصر یہ ایک ہفتہ کے بعد شروع کرنی چاہئے۔

(ج) دونوں تقموں کا ٹوٹ جانا

یہ کسر ضرب داخل سے، مثلاً کھنی کے بل گرنے یا اس پر چوٹ لگنے
سے واقع ہوتا ہے، اس کی علامات یہ ہیں، کہ مضروب مقام پر درد شدید
ہوتا ہے، لیکن ہڈی اپنے مقام سے زیادہ نہیں ہٹتی بلکہ بیرونی تھکے کے
ٹوٹ جانے کی صورت میں غیر طبی حرکت پائی جاتی ہے، نیز زنا سلی کے
ہلانے سے خستہ (صریر) سنائی دیتا ہے، اس کسر میں مفصل ہمیشہ
شریک آنت ہوا کرتا ہے، اندر اندر دنی تھکے کے کسر میں جوڑ گا ہے شریک
ہوتا ہے، اور گا ہے نہیں ہوتا، اس صورت میں ہاتھ کو چبت اور پٹا کرنے
سے خستہ (صریر) سنائی دیتا ہے +

تشخیص :- اس کسر کی تشخیص، کھنی کے جوڑ کے نعل سے، سندھیل
علامات کے ذریعے کی جاتی ہے۔

کسر کی صورت میں جوڑ کی حرکت موجود رہتی ہے (یعنی کھنی کے جوڑ
کو حرکت دے سکتے ہیں)، خستہ (صریر) سنائی دیتا ہے،

بیرونی تھکے کے ٹوٹنے کی صورت میں بد وضعی کم ہوتی ہے، اور
اندر دنی تھکے کے ٹوٹنے کی حالت میں ٹکڑا اوپر اور پیچھے کی طرف چڑھ جاتا
ہے، لہذا زائدہ مرفقہ ابھرا ہوا معلوم ہوتا ہے، گا ہے عصب زندہ ہی
اسفل پر بھی دباؤ پڑتا ہے +

علاج :- اول درم کا علاج کریں (درم کو غسول اُسرب دلیڈاشن

سے کم کریں، اس عرصہ میں کبھی کر مڑ کر آرام سے جبیرہ پر رکھیں، ورم کے کم ہو جانے پر کسر کی حقیقت معلوم ہوگی، اس وقت کبھی کے دونوں طرف زاویہ دار جبیرہ لگائیں، لیکن کلائی کو چیت اور پیٹ کے درمیان رکھنا چاہئے نیز معلق (حائل) میں لٹکائے رکھنا چاہئے، لیکن اگر جوڑ بھی اس کسر میں شامل ہو تو جبیرہ نہ لگائیں، بلکہ اعلیٰ جراحی کر کے ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو اپنی جگہ بٹھائیں، اور تار سے ٹانگے لگا دیں، یا جوڑ کے چاروں طرف ردی رکھ کر عصابہ زوجہ حلقین باندھ دیں۔ سا کی ہم شکل جبت کا جبیرہ مشقوبہ اور جبیرہ مرفقیہ (جو بذریعہ پیچ سیدھا اور ٹیڑھا ہو سکتا ہے) حسب موقعہ لگا سکتے ہیں، گاہے اس پر وزن بھی استعمال کیا جاتا ہے، یہ بات بخوبی یاد رکھنی چاہئے، کہ اس جوڑ کے انتہام میں حرکت قسریہ جوانوں میں ایک مہینے کے بعد اور بچوں میں تین ہفتے کے بعد لازمی ہے، ورنہ انتہام کے سخت ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے +

کسر مستعرض فوق اللقمتین

کسر فوق اللقمتین کی ایک مخصوص قسم ہے، جس میں بازو کی ہڈی کا زیرین سرادونوں لقموں کے اوپر آڑے طور پر ٹوٹتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی ایک عمودی کسر بھی ہوتا ہے، جو جوڑ تک بڑھتا ہے، اور جبکی وجہ سے دونوں لقمے ایک دوسرے سے علیحدہ ہو جاتے ہیں (کسر مستعرض عمودی)۔ یہ ضرب و اصل کا نتیجہ ہوتا ہے، اس میں دونوں لقمے پھیل جاتے

لے ٹرنسورس سپر اکاڈیلاٹ فریکچر +

لے ٹی (T) شیپڈ روت T کی شکل کا +

ہیں، اور ایک دوسرے پر حرکت کر سکتے ہیں۔ تیزی کے ساتھ بہت بڑا
درم پیدا ہو جاتا ہے۔

علاج :- بذریعہ عمل جراحی کھول کر ٹٹے ہوئے ٹکڑوں کو تار
سے سی دیں، یا پچڑوں سے جوڑ دیں۔ اس عمل سے اچھے نتائج برآمد
ہوئے ہیں، یعنی کہنی کے جوڑ میں حرکت لوٹ آتی ہے۔

اس کسر کا انتہام چار ہفتے میں ہوتا ہے، اسلئے ماش اور حرکت
تسریہ چار ہفتے کے بعد کرائی جائے +

عصب عضلی لمب کسر کی حالت میں یاد شہز کے مادہ کے
درمیان شامل ہو کر استرخاء کی حالت پیدا کر دیتا ہے، ہر دوئی
لقے کے کسر میں اس عصب کی شاخ بن الزندین مؤخر پر ضرب
ہو بچنے سے حرکت کم ہو جاتی ہے، اور جب عصب عضلی
لمب مسترخ ہوتا ہے، تو مرین ہاتھ کو چپٹ نہیں کر سکتا،
ہتھیلی اور انگلیوں کو نہیں پھیلا سکتا، کلائی پٹا رہتی ہے، ہاتھ
اور انگلیاں ٹنک پڑتی ہیں، البتہ عضلات البراسین کے ذریعے
کلائی کسی قدر چپٹ ہو سکتی ہے، اسی طرح عضلات بین العظام
اور عضلات خراطینیہ کے ذریعے انگلیاں سکرٹنے کے بعد
پھیل سکتی ہیں۔

علاج ۱- اس کا علاج اعصاب کی ضرب کے مانند کریں،
مرین کے ہاتھ کو حرکت دیں، جبیرہ کے ذریعے ہاتھ کو سیدھا
رکھیں، اس میں گاہے دشہز کو جبا کر کے عصب کو علیحدہ
کرتے ہیں +

(د) مفصل مرفق کا کسر مرکب

اس کسر میں بازو اور کلائی کی ہڈیوں کے سرے ٹوٹ کر چر ہو جاتے ہیں، جلد پھٹ جاتی ہے، اور عروق زخمی ہو جاتے ہیں +
 علاج - قاعدے کے مطابق زخموں کا علاج کریں، ہڈی کے ٹوٹے ہرے ٹکڑوں کو نکال دیں، اور اگر کسی ترکیب سے کہنی کے جوڑ کو نہ بچا سکیں، تو عمل بتر کریں +

کلائی کا کسر زندہ اسفل کا کسر

(۱) زائدہ مرفقیہ کا ٹوٹ جانا - یہ کسر زیادہ تر کہنی کے بل کرنے سے اور گلے سے عضلی تشنج سے واقع ہوتا ہے، اگر کسر مکمل ہے تو بالائی ٹکڑا عضلہ ثلاثیۃ الرؤس کی وجہ سے نصف قیراط سے دو قیراط تک اوپر کی طرف کھینچ جاتا ہے، لیکن اگر عضلہ ثلاثیۃ الرؤس کا یعنی پھیلاؤ ٹوٹنے سے رہ گیا ہو تو یہ ٹکڑا اپنی جگہ سے زیادہ نہ ٹلے گا۔ عموماً زائدہ مرفقیہ اپنے قاعدہ (جڑ) کے مقام سے ٹوٹا کرتا ہے۔ کسر کے بعد کلائی کے پھیلانے یعنی ہاتھ کے سیدھا کرنے میں شدید تکلیف ہوتی ہے، اگرچہ کسی قدر موڑنا ممکن ہوتا ہے، مفصل کے اندر اور اس کے ارد گرد انصباب خون و مصل ہو جاتا ہے +

علاج - اگر ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو تار یا پچ سے ملا کر کس نہ دیا

جائے : تو باہمی اتصال یعنی ہوا کرتا ہے ، چنانچہ جب یہ صورت واقع ہوتی ہے : تو اس قسم کے اتصال میں کھینچنے اور بڑھنے کی قابلیت ہوتی ہے ، جس سے ہاتھ کمزور ہو جاتا ہے ۔ اگر کسی وجہ سے عمل جراحی نامکن ہو ، تو سامنے کی طرف ایک سیدھا جبیرہ لگا کر ٹیٹی سے اس طرح باندھ دیں ، کہ دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے مل جائیں ۔ یہ لمبا جبیرہ مفصل مرفق کے اوپر سے قبضہ تک ہونا چاہئے ۔ حرکت قسریہ دس دن کے بعد شروع کرنی چاہئے ۔ بعض اوقات اس امر کی ضرورت پیش آتی ہے کہ جوڑ میں سوراخ کر کے مسل و موی اور خون کو خارج کیا جائے اور مانع عفونت ذرائع استعمال کئے جائیں ۔

اس جوڑ کا انجام عموماً چار پانچ ہفتہ میں مستحکم ہوتا ہے ۔
 زائدہ منقار لثیہ کا کسر صرف اس صورت میں واقع ہوتا ہے ، جبکہ زندہ اعلیٰ و اسفل (دونوں) پیچھے کی طرف اٹکھڑ جائیں ۔ یہ بہت کیاب ہے اور گاہے یہ عضلہ عضد یہ مقدمہ کے تشنج سے بھی واقع ہوتا ہو اس کی تشخیص اس طرح ہوتی ہے ، کہ جب زندین کو اپنی جگہ بٹھا دیا جاتا ہے ، تو پھر آسانی سے یہ ٹل جاتی ہیں ۔ اس کا اتصال ہمیشہ یعنی ہوا کرتا ہے ۔

علاج : مفصل مرفق کو پورے طور پر موڑ کر یعنی انقباضی صورت میں رکھا جائے ، لیکن تحریک قسری جلد ہی شروع کی جائے ۔

زندہ اسفل کے جسم کا کسر :- یہ کسر ضرب و اصل سے ہوا کرتا ہے چونکہ اس ہڈی کا پچھلا کنارہ سطح سے قریب یعنی محض جلد کے نیچے ہوتا ہے اس لئے بد وضعی ، غیر معمولی حرکت ، اور خستہ آسانی کے ساتھ معلوم

لے کار و ناٹ پراسس +

ہو جاتا ہے۔

علاج :- بد وضعی دور کیجائے، یعنی ہڈیوں کو اپنی جگہ بیٹھایا جائے اور کلائی کو چیت اور پیٹ کے درمیانی وضع میں رکھ کر اگلے اور پچھلے جبڑوں سے قائم کر دیا جائے۔

زائدہ ایئر یہ کا کسر :- یہ گاہے کسر کو س کی سیٹ میں ہوتا ہو اور گاہے ضرب و اصل کے نتیجے کے طور پر +

علاج :- ٹول کر ٹکڑوں کو اپنی جگہ بیٹھایا جائے، اور لازماً وہ لگا کر قائم کر دیا جائے، ہاتھ کو حالت تقریب میں رکھ کر سلسلے کی طرف ایک جیسو لگا دیا جائے۔ عموماً اس کا التھام یعنی ہوا کرتا ہے۔

زنداعلیٰ

زنداعلیٰ کے سر کا کسر :- یہ ضرب و اصل سے، یا کسنی کے جوڑ کے انخلاع کے سلسلہ میں ہوا کرتا ہے۔ زنداعلیٰ کے بالائی سرے کا کردوسہ بچوں میں الگ ہو جایا کرتا ہے۔ جب اس ہڈی کا سر لٹ کر مکمل طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے، تو زیریں قطعہ کو گردش دینے (تحریک محوری) سر نہیں گھومتا ہے، اور خشنہ سمبوخ ہوتا ہے۔

علاج :- اگر کسر کامل نہ ہو تو کلائی کو چیت اور پیٹ کی درمیانی وضع میں رکھ کر قائم کر دیا جائے؛ اور اگر کسر کامل ہو، تو ٹا ہوا ٹکڑا علیحدہ ہو جائے، اور جوڑ کے اندر آزادی کے ساتھ حرکت کرتا رہے، تو بہتر یہ ہے کہ اسے کاٹ کر فوراً الگ کر دیا جائے۔ تحریک قسوی جلد شروع کرنی

۱۵ ایئر ہے نو بلا سٹر +

۱۵ اسٹیلڈ پراسس +

چاہتے، تاکہ جو سخت نہ ہو جائے۔

زندہ اعلیٰ کی گردن کا کسر قلیل الوقوع (بلکہ نادر الوقوع) ہے۔
زیرین قطعہ عضلہ ذات الراسین کے انقباض کی وجہ سے اوپر اور سامنے
کی طرف کھینچ جاتا ہے، اور کئی کے سامنے اُبھر آتا ہے، اور ہڈی کا سر
زیرین قطعہ کے گھمانے سے نہیں گھومتا۔

علاج :- کئی موڑ کر زاویہ دار جبیرہ مؤخر سے قائم کر دیا جائے۔
زندہ اعلیٰ کے جسم کا کسر عموماً ضرب و اصل کا نتیجہ ہوا کرتا ہے۔
علامات، درد، بد وضعی (مسا دشکل) غیر طبعی حرکت، اور خشخشتہ
پائے جاتے ہیں، اگر عضلہ کا تہ مستدیرہ سے اوپر واقع ہو، تو عضلہ
ذات الراسین کی وجہ سے بالائی ٹکڑا (بطاح رچت ہونا) کی صورت میں
رہتا ہے، اور زیرین ٹکڑا دونوں عضلات کا تہ کے عل کی وجہ سے حالت
انکباب (پٹ ہونے) میں

علاج :- چونکہ بالائی ٹکڑے کی وضع بدلی نہیں جاسکتی، اس لئے
زیرین ٹکڑے کو اسی وضع میں لانا پڑتا ہے؛ چنانچہ جب عضلہ کا تہ مستدیرہ
کے اختتام سے اوپر ہڈی ٹوٹتی ہے، تو کلائی کو چیت رکھا جاتا ہے، اور
جب عضلہ مذکورہ سے نیچے انکسار ہوتا ہے، تو کلائی کو چیت اور پٹا کو
درمیان رکھا جاتا ہے۔

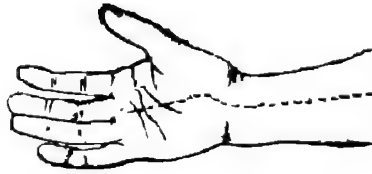
زندہ اعلیٰ کے زیرین سرے کا کسر (کسر کوس) اکثر الوقوع ہے،
اعلیٰ مخصوص سن رسیدہ عورتوں میں، اور یہ عموماً اس وقت پیدا ہوتا
ہے، جبکہ انسان ہاتھ کے بل گرتا ہے، اور ہاتھ پھیلا ہوا ہوتا ہے، یہ

لے پر دئے ٹر ز +



تصویر (۷۶)

کسر کولس (پہلوی منظر)



تصویر (۷۷)

کسر کولس (اگلا منظر منظر راجی)



تصویر (۷۸)

جبرہ کار، بایں ہاتھ کے کسر کولس کے لئے

کسر ترچھے طور پر (خط مؤرب پر) واقع ہوتا ہے، یعنی پیچھے سے سامنے کی طرف چلتا ہے۔ محل کسر عموماً رخ رقبہ سے تقریباً ایک قیراط اوپر ہوتا ہے۔ زیرین قطعہ پیچھے اور اوپر کی طرف کھینچ جاتا، اور باہر کی طرف (طرف کبریٰ) گھوم جاتا ہے، اسکے ساتھ ہاتھ خط وسطانی سے بعید (وضع تبعید) ہو جاتا ہے۔ زندا علی کا نوکیلا سرا زادہ ابریہ (زندا سفلی کے زادہ ابریہ کے مقابل رہتا، یا اس سے کسی قدر اونچا ہو جاتا ہے) رخ کا اندرونی رباط ٹوٹ جاتا ہے، یا زادہ ابریہ شکستہ ہو جاتا ہے۔ یہ کسر عموماً دُغم و مغروتر ہوتا ہے؛ یعنی بالائی ٹکڑا اندرونی ٹکڑے کے اندر داخل ہو جاتا ہے۔ اس کسر میں بد وضعی (فساد شکل) مخصوص و ممتاز صورت کی ہوتی ہے؛ یعنی (۱) ہاتھ خط وسطانی سے بعید ہو جاتا ہے (وضع تبعید میں ہوتا ہے)؛ (۲) زندا سفلی کا زادہ ابریہ زندا علی کے زادہ ابریہ کے مقابل رہتا، یا اس سے پست ہو جاتا ہے؛

(۳) زیرین قطعہ کا بالائی سرا رقبہ کی پشت کے قدرے اوپر ابھرتا ہے؛ اس ابھار کے مقابل سامنے کی طرف نشیب ہوتا ہے؛ اور اس نشیب سے اوپر بالائی قطعہ کا زیرین سرا سامنے کی طرف ابھار رہتا ہے۔ اس کسر کا الحاق (انجبار) گو جلد ہو جاتا ہے، مگر مقام کسر میں بد وضعی باقی رہ جاتی ہے، اور اس مقام کی ساختیں باہم جڑ جاتی ہیں (التصاقات)۔ علاج - ہڈی کے دونوں (ٹوٹے ہوئے) ٹکڑوں کو ایک دوسرے سے آزاد کر کے (یعنی ادغامی صورت کو زائل کر کے) اپنی جگہ بٹھا دینا چاہئے۔ اس مقصد کے لئے عمل تدوین و عمل غنّ دونوں کیا جاتا ہے؛ یعنی ہاتھ کو کھینچنا بھی پڑتا ہے، اور دستمال کر کے چوڑ کو بٹھانا بھی پڑتا ہے۔

اگر مرین کو بیہوش نہ کیا گیا ہو، تو اسے گڑھی پر بٹھایا جائے، اور جراح اسکے سامنے کھڑا ہو۔ اس کے بعد اگر دایاں ہاتھ کسور ہو تو دائیں ہاتھ سے، اور بائیں ہاتھ کسور ہو تو بائیں ہاتھ سے مستحکم طور پر گرفت میں لے لیں جس طرح مصافحہ کے وقت گرفت کی جاتی ہے) اور اسے کھینچے، دوسرے ہاتھ کی انگلیوں اور انگوٹھے کی مدد سے زیرین ٹکڑے کو اپنی جگہ لاکر بٹھا دیا اور ہاتھ کو وضع تقریبی میں لے آئے (یعنی ہاتھ کو، جو خط وسطانی سے بعید ہو گیا ہے، خط وسطانی سے قریب لے آئے)۔

اگر یہ عمل ردّ زینان کے لئے (پڈی کو اپنی جگہ لانے کے لئے) نامکمل ثابت ہو تو جراح کو چاہئے کہ وہ قبضہ کو اپنے دونوں ہاتھوں کے درمیان لیکر ذرا زیادہ زور سے اس طرح گرفت میں لے، کہ ایک ہاتھ کا کرہ اباسیم (ارتفاع راجی) جسم زند کے زیرین اُبھرے ہوئے سرے کے مقابل ہو، اور دوسرے ہاتھ کا کرہ اباسیم زیرین اُبھرے ہوئے قطعہ کے مقابل ہو۔ مستحکم گرفت، قبضہ کو ذرا کھینچنا اور موڑنا پڈی کو اپنی جگہ لانے کے لئے کافی ہے؛ اس میں بل سے زیادہ کل رکعت کی ضرورت ہے۔ اسکے بعد جبیرہ کار یا جبیرہ گچ کے استعمال سے کلائی اور قبضہ کو قائم کر دیا جائے +

جبیرہ کار دو حصوں پر مشتمل ہوتا ہے، جو کلائی کے کبھری پہلو پر سامنے اور پیچھے کی طرف سے قائم ہو جاتے ہیں، ان میں جو حصہ ہتھیلی کی طرف ہوتا ہے (جز راجی)، اس میں ایک ترچھا

لے کرہ اباسیم (ارتفاع راجی - قلعہ نری نس)	لے کارس اسپلنٹ + لے گچ اسپلنٹ
انگوٹھے کی جڑ کے پاس جو بندھی پائی جاتی ہے۔	لے ریڈیل سائڈ

ڈنڈہ (عصائے مَرَب) لگا ہوا ہوتا ہے، جبکہ انگلیاں گرفت میں لے سکتی ہیں؛ اس طرح ہاتھ اور قبضہ دونوں وضع تقریبی پر قائم ہو جاتے ہیں، اور انگلیاں آزادی سے حرکت کر سکتی ہیں۔ جیسرہ گچ، اس طرح بنایا جاتا ہے کہ وہ زندا علی (کمبرہ) کو سامنے اور پیچھے کی طرف سے کلائی کے خط وسطانی تک نصف وحشی تک (دھانک لیتا ہے، اور جو گچی سے تقریباً انگشت سببہ وسطیٰ کے جوڑوں کے سامنے اور پیچھے تک بڑھتا ہے؛ اسکے زیرین سرے کو گھوڑے کی نعل کی طرح خالی کر دیا جاتا ہے تاکہ وہ انگوٹھے کی عظم شطیٰ کے سرے سے آگے نہ بڑھ جائے۔

اسکو کہ یاں لگا کر پٹی سے مستحکم طور پر کس دیا جاتا ہے۔ یہ جیسرہ زندا علی کو پکڑ لیتا ہے، اور ہاتھ کو وضع تقریب میں قائم رکھتا ہے، دراختیا لیکہ انگلیوں کی حرکت میں کوئی خلل واقع نہیں ہوتا۔

نرم ماش اور حرکات تسریہ بلدشہ وضع کرنا اس کسر میں بہت ہی اہم ہے، تین چار روز کے بعد یہ شروع ہو جانے چاہئیں؛ ایک ہفتہ سے زیادہ تاخیر کرنا جائز نہیں؛ ورنہ جوڑ میں صلابت آ جانے کا اندیشہ ہے۔ انجنار تین ہفتہ میں مستحکم ہو جاتا ہے۔

گاہے زندا علی کا زیرین سرا اس طرح ٹوٹتا ہے کہ اسکا جسم پیچھے کی طرف ابھرتا ہے، اور زیرین قلعہ سامنے کی طرف ٹل جاتا ہے۔ اس کا علاج کسر کالس کی طرح کیا جاتا ہے۔

زندا علی کے زیرین کرد و سہ کا جدا ہو جانا، بیس سال سے

کم عمر والوں میں وقوع پذیر ہوتا ہے، جو کسر کولس سے مشابہت رکھتا ہے۔ اسکی نیز و تیشیں کے لئے عکس ریز سے مدد لینی چاہئے۔

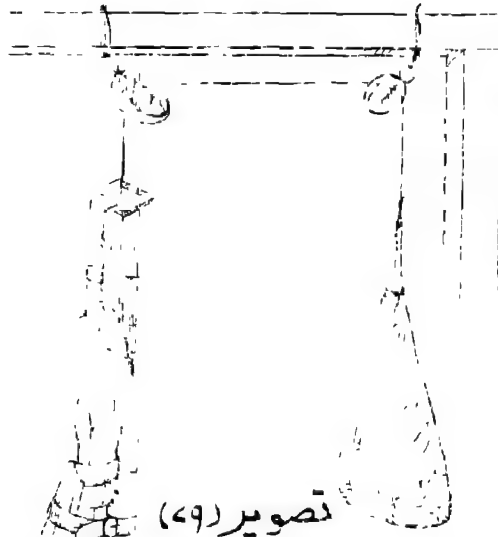
علاج :- کسر کولس کے مانند علاج کرنا چاہئے، اگر زلیغان (بہ منی) باقی رہ جاتا ہے، تو عضو کے نو میں خلل واقع ہوتا ہے، زندہ اعلیٰ بڑھنے سے ٹرک جاتا ہے، اور زندہ اسفل نیچے کی طرف سے برابر بڑھتا چلا جاتا ہے۔

زندہ نین کا کسر (کلائی کی دونوں ہڈیوں کا ٹوٹ جانا) :- یہ عموماً ضرب واصل سے واقع ہوتا ہے، اور گاہے بیتلی کے بل گرنے سے اس کی شخص کسر کی عام علامتوں سے آسانی ہو جاتی ہے۔

علاج :- میں یہ ضروری ہے کہ کسی کو قائم کیا جائے، اور ٹکڑوں کو صحیح جگہ پر بٹھایا جائے، ورنہ ممکن ہے کہ چاروں ٹکڑے ایک جگہ مل جائیں۔ جب یہ کسر عضلہ کا پستدیرہ کے اختتام سے اوپر واقع ہو، تو کلائی کو چیت رکھا جائے، اور جب اس سے نیچے ہو تو چیت ایزرپٹ کے درمیان، اگر کسر مرکب ہو، اور دونوں ہڈیاں گولی سے مجروح ہوئی ہوں تو کلائی کو پورے طور پر چیت رکھا جائے، اور ایسا جبیرہ استعمال کیا جائے، جس میں کینچے کا سامان بھی ساتھ ہو۔ ہڈی کو بٹھانے کے بعد اگر وہ ٹل جایا کرے، (جیسا کہ عکس ویزا کے امتحان سے معلوم ہو سکتا ہے) تو عملیت جراحیہ میں دیر نہ کی جائے۔

انجنیارتین چار ہفتے تک استنا مستحکم ہو جاتا ہے کہ ماش کی اجازت دی جائے۔

رسخ کا کسر :- ہونچے کی ہڈیوں کا ٹوٹنا :- یہ عموماً ضرب واصل سے واقع ہوا کرتا ہے، مثلاً سختی کے ساتھ کھل جانا، گولی سے زخمی ہو جانا، وغیرہ اس میں عموماً متعدد ہڈیاں ایک ساتھ ماؤف ہوتی ہیں، ایسی حالات میں



تصویر (۷۹)

کلائی کی ہڈیوں کے کسر کا علاج بذریعہ تمدید،
جس میں جبل التمدید سرمانے کے اوپر مگر نیچے
ذریعہ قائم کیا گیا ہے۔ جبیروں میں ایک کھنی دار جبیرہ
پچھلے کی طرف لٹکایا گیا ہے، اور ایک چھوٹا جبیرہ سنے
کی طرف۔



تصویر

(۸۰)

کلائی کے کسر میں گاہے مرعش کو دستانہ پہنا کر
اسکو کھینچنے کا انتظام کیا جاتا ہے۔

معمولی علاج کیا جائے، جبیرہ راحیہ پر عضو کو قائم کر کے سکون بخشا جائے۔
 مالش کی جائے۔ اگر اس کسر سے حرکت میں خلل واقع ہو تو ٹلے ہوئے ٹکڑے
 کو عمل جراحی سے دور کر دیا جائے۔ گا ہے اسکی آفت اتنی بڑی ہو جاتی ہے
 کہ اولی یا ثانوی طور پر بتر کی ضرورت پیش آتی ہے۔

عظام المشطا اور سلامیات کا کسر۔ یہ صدمہ واصلہ سے واقع
 ہوتا ہے، اور عموماً یہ اڑا ہوتا ہے۔ اکثر اوقات اس میں بد وضعی (رزیغان
 میلان) نہیں ہوتی ہے، اگرچہ بعض اوقات ٹوٹے ہوئے ٹکڑے ایک دوسرے
 پر سوار ہو جاتے ہیں۔ نیز مقامی طور پر دم اور درد بھی پایا جاتا ہے۔

علاج :- جبکہ عظام مشطیہ اس طرح کمزور ہوئی ہوں کہ زینعان
 (میلان) بالکل نہ ہو۔ یا تھوڑا ہو، تو اسکا علاج محض یہ ہے کہ ہاتھ کو مناسب
 جبیرہ میں رکھ کر تقریباً دو ہفتہ تک سکون بخشا جائے۔ لیکن اگر ٹکڑے
 ایک دوسرے پر سوار ہو گئے ہوں، اور انھکیاں پھوٹی ہو گئی ہوں، تو
 ایک عرصہ تک بند (کینچے) کی ضرورت ہے۔ عظم مشطی دویم اور سویم رسطا
 سبب بد وضعی کے کسر میں کسی جبیرہ کی ضرورت نہیں ہے۔ بلکہ محض غسول
 مبرہ کا استعمال کرنا کافی ہے۔ ہاں اگر متعدد ہڈیاں ٹوٹ جائیں، تو
 گدیوں (وسائد) کی ضرورت ہے جو ابھاروں پر رکھ کر دبا دی جائیں، خواہ
 وہ ابھار سامنے کی طرف ہوں اور خواہ پیچھے کی طرف، اور اسکے بعد دوا
 جبیرے لگا دیے جائیں، ایک تھیلی پر، اور دوسرا پشت دست پر، جبکہ
 لازرق سے قائم کر دیا جائے۔ جب کسر سبب، یا خنصر یا ابھام کی مشطی میں
 ہو، تو ایسا جبیرہ لگایا جائے، جو ہاتھ کی شکل کا انھکیوں سمیت بنایا جائے،

تاکہ وہ مضبوطی کے ساتھ قائم ہو سکے۔ عظام مشطیہ کا کسر بسیط ایک مہینہ میں
منجبر ہوتا ہے، جب سلامیات میں کسر داتع ہو، تو ایسا جبیرہ لگایا جائے
جسکی شکل راہ (ہتلی) یا پشت دست کی ہو، مع اس انگلی یا انگلیوں کے
جو ٹوٹی ہوئی ہیں، جبیرہ کو ۱۰ روز کے بعد کھولنا چاہئے، اور مفاصل کو
حرکت دینا چاہئے، تاکہ جوڑ سخت نہ ہو جائیں۔

عظام مشطیہ اور انگلیوں کی تجبیر میں اس امر کا خیال رکھنا چاہئے
کہ یہ سامنے کی طرف کسی قدر خمیدہ اور مقعر ہیں، اسی وجہ سے مُسَلَّح جبیروں
کا استعمال جائز نہیں ہے، تاوقتیکہ کوئی گدی درمیان میں نہ رکھ دی جائے

عظام العانہ کے کسو

حلقہ عانیہ کا بحیثیت مجموعی ٹوٹ جانا، یہ عموماً ضرب اہل
کا نتیجہ ہوا کرتا ہے، مثلاً عانہ پر چلتی ہوئی گاڑی کا پھر جانا، یا گاڑی اور
دیوار وغیرہ کے درمیان میں بچھ جانا، اس کسر کا عمومی مقام بحام عانی
(اتصال عانی) کا بیرونی حصہ اور مفصل عجزی وری کے نزدیک ہے
اس کسر کے ساتھ عوارض بکثرت ہوتے ہیں، مثلاً مجراے بول، مثانہ،
مستقیم، یا مبل کا انتقاق، یا عروق غذیہ یا حرقفیہ کا پھٹ جانا، غیر طبعی
حرکت، خنثہ اور کھانسنے اور چلنے کے وقت مقامی درد پایا جاتا ہے۔
مریض کھڑا نہیں ہو سکتا، اس کسر کے ساتھ عموماً شدید صدمہ (تور)
شریک ہوا کرتا ہے۔

علاج:۔ مریض کی نقل و حرکت میں بڑی احتیاط برتی جائے
اور فرش پر اس وقت تک سکون سے رکھا جائے، جب تک صدمہ



تصویر (۸۱)

عظام المشط کے کسور کا طریقہ علاج بذریعہ تمدید

کلائی کے معمولی کسور میں بھی یہ طریقہ تمدید استعمال کیا جاسکتا ہے۔ جہاں تمدید کی ضرورت ہو، اور مریض بستر پر پڑا رہنا پسند نہ کرتا ہو۔

رفع نہ ہو جائے۔ اسکے بعد پورا امتحان کیا جائے، اگر ضرورت ہو تو مریض کو بیہوش کیا جائے۔ عوارض لاحقہ کا تدارک کیا جائے۔ بد وضعی (میلان) دور کی جائے، اگرچہ ٹلی ہوئی ہڈیوں کے بٹھانے میں خاطر خواہ فائدہ کم ہی حاصل ہوتا ہے۔ بلکہ یہ ہڈیاں بتدریج کم و بیش اپنے طبیعی مقام پر جاتی ہیں۔ لیکن عظم العانہ سامنے کی طرف اس طرح ڈھکیلی جاسکتی ہے، کہ انکلی مقعد یا مہبل میں داخل کر کے اسے سامنے کی طرف دبایا جائے۔ کثیر الاذنب رہت سی دُم والی) بٹی یا چوڑی پٹی سے باندھ کر ان اجزاء کو سہارا دیا جائے اور مریض کے گھٹنوں کو موڑ کر ایک دوسرے سے باندھ دیا جائے۔

مجرائے بول کا ہر حالت میں امتحان کیا جائے، اور قانا طیر سے پیشاب خارج کیا جائے۔ اگر مجرائے بول پھٹ گیا ہو تو قانا طیر کو اندر داخل کر کے اسے باندھ دیا جائے، بشرطیکہ قانا طیر کا داخل ہونا ممکن ہو۔ اگر یہ ممکن نہ ہو، تو سیرن کے مقام میں شکاف دیا جائے۔ اگر یہ محسوس ہو کہ شعبہ مانہ (عظم العانہ کا شعبہ) سار مستقیم کی طرف ابھرا ہوا ہے، تو اس وقت مناسب یہ ہوگا کہ سیرن کے شکاف کو تیجے کی طرف بڑھایا جائے، تاکہ مستقیم اچھی طرح کھل جائے، اور فصد برازیہ آسانی سے خارج ہو سکے۔

انجبار کی امید چھ ہفتہ میں کرنی چاہئے، لیکن احتیاطاً مریض کو ستر کے پر آٹھ ہفتہ تک رکھا جائے۔

آخری عوارض پھوڑوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں، جنکے ساتھ شعبہ مایہ مردہ ہو جاتا ہے، ان عوارض کی وجہ سے گاہے موت لاحق ہوتی ہے، اور گاہے حصول افاقہ میں تاخیر ہو جاتی ہے۔

عاندہ کی مخصوص ہڈیوں کی کسر

عظم الخناصرہ کا کسر :- یہ ضرب و اہمل سے واقع ہوتا ہے، اندھ
حوض کا ذب (مخفہ خاصرہ) تک محدود رہتا ہے۔

علاج :- مرین کو آرام و سکون کے ساتھ بستر پر رکھا جائے
اور گھٹنوں کو موڑ کر باہم باندھ دیا جائے +

عظم الورک کا کسر :- یہ عموماً ایسی صحت میں واقع ہوتا ہے، جبکہ
مرین بیٹھے ہوئے ہونے کی حالت میں گر پڑے، ایسی حالت میں صدمہ
عظم الورک کے حدب (حد و رکبہ) پر پڑتا ہے۔

علاج :- بستر پر مرین کو آرام کے ساتھ رکھا جائے، اور ٹوٹی
ہوئی ہڈیوں کو تار کے ذریعہ کس دیا جائے۔

حق الورک کا کسر :- حق الورک دو طریقے سے ٹوٹا کرتا ہے :-
(الف) گھٹنے کے بل گرنے سے ران کی ہڈی پیچھے کی طرف ٹل
جائے (خلع مؤخر) اور اسکی وجہ سے حق الورک کا پیچلا لب (پچھلا کنارہ)
ٹوٹ جائے۔

(ب) ران کی ہڈی کا سر کسی حادثہ میں حق الورک کے اندر زور
بٹالے، اور اسکو توڑ دے۔ گناہ ران کی ہڈی کا سر
ہڈیوں کے درمیان گھس کر جو عاندہ کے اندر ابھرنا ہے۔

علاج :- اگر حق الورک کا کنارہ ٹوٹا ہو تو اسکو آسانی سے اپنی
جگہ بٹھایا جاسکتا ہے، چنانچہ بٹھاتے وقت سختی کی آواز پیدا ہوتی
ہے۔ لیکن چونکہ بد وضعی عموماً دوبارہ لوٹ آیا کرتی ہے اسلئے مناسب

یہ ہے کہ مریض کو چھ ہفتہ تک لٹائے رکھیں اور اسکی ٹانگیں کھینچی رہیں۔
حق الورک کے جوف کا کسر جس قدر قلیل او قویع ہے، اسی طرح یہ احتیاط
لئے عوارض کی وجہ سے خطرناک بھی ہے۔ ایسی صورت میں مریض کو
بیہوش کر کے نغز کے سر کو کھینچ کر باہر نکالنا چاہئے، اور کھنچاؤ (متدیہ) کا
انتظام کر کے مریض کو چھ ہفتہ تک بستر پر لٹائے رکھنا چاہئے۔ حرکت
تسریہ جلد ہی شروع کرنی چاہئے۔

عجز کا کسر:- یہ عموماً ضرب و اصل سے واقع ہوتا اور اکثر اوقات
مرکب ہوتا ہے۔ گاہے اس سے اعصاب عجزیہ کو نقصان پہنچتا ہے اسلئے
مستقیم کے عضلہ ماسکد (عاصرہ) میں استرخاء پیدا ہو جاتا، اور براز کے
خارج کرنے پر اقدار باقی نہیں رہتا۔ زیرین قطعہ ٹل کر سامنے کی طرف چلا
جاتا ہے، اور معار مستقیم پر دباؤ ڈالتا ہے، جسکا امتحان مستقیم میں انگلی
کے داخل کرنے سے برآسانی ہو سکتا ہے۔

علاج:- بد وضعی (زیغان) کو دور کرنے کے لئے معامے مستقیم
میں انگلی داخل کریں، اور ہوشیاری سے ہڈی کو اپنی جگہ بٹھائیں مریض
کو کر دٹ کے بل سکان سے لٹائے رکھیں، اور کسی حالت میں تین ہفتہ
تک چت لیٹنے کی اجازت نہیں۔

عصص کا کسر:- یہ ضرب و نقطہ سے وقوع پذیر ہوا کرتا ہے۔
چلنے پھرنے، کسی قسم کے زور لگانے، مثلاً کھانسنے، اور اٹھنے کے وقت
دور ہوتا ہے۔ معار مستقیم کے اندر معائنہ کرنے سے کسری عام ملاستیں
پائی جاتی ہیں، یعنی عصص میں غیر معمولی حرکت، خشونت، اور بد وضعی محسوس
ہوتی ہے۔

علاج۔ مریض کو بستر پر اس وقت تک آرام و سکون کے ساتھ رکھا جائے، جب تک کہ انجبار نہ ہو جائے، اگر بڑی بُرے طور پر بچ جائے اور اجابت کے وقت دروٹھتا ہو تو عصص کو کاٹ کر نکال ڈالنا چاہیے۔

فخذ کے کسور

بالائی سرے کے کسور

فخذ کی گردن کا کسر:- اس کی دو قسمیں ہیں: (۱) داخل الکیس

(۲) خارج الکیس

کسر داخل الکیس یعنی فخذ کی گردن کا سر کے قریب ٹوٹنا یا کیس مفصلی کے اندر ٹوٹنا۔ یہ کسر عموماً بوڑھوں میں ۵۰ سال سے (ادبہ) اور خصوصاً عورتوں میں وقوع پذیر ہوا کرتا ہے، کیونکہ بڑھاپے میں ہڈیوں کے اندر تغیرات شیخو خیر کی وجہ سے ٹوٹنے کی قابلیت زیادہ ہو جاتی ہے، یعنی یہ نسبتاً بھرجھری (ہشش) ہو جاتی ہیں، نیز بڑھاپے میں گردن فخذ بہت کمزور ہو جاتا ہے، جبکہ توڑنے کے لئے ادنیٰ سبب کافی ہوا کرتا ہے۔ اس کسر کا سبب بے اوقات ضرب غیر داخل ہوا کرتا ہے مثلاً سبیل جانا یا ٹھوکر کھا جانا۔ گا ہے یہ ضرب داخل سے بھی پیدا ہوا کرتا ہے۔ جب یہ کسر واقع ہوتا ہے، تو مریض زمین پر گر پڑتا ہے، وہ چلنے پر، کھڑے ہونے پر اور ٹانگ کے اٹھانے پر قادر نہیں رہتا۔ ہڈی کا سر گا ہے ریشول کی وجہ سے اپنی جگہ پر قائم اور بندھا ہوا رہتا ہے۔ اس کسر میں ادغام کا ہونا زیادہ عام نہیں ہے، اور جب یہ ادغامی صورت واقع

العام بیکشن +

ہوتی ہے، تو گردن سر کے اندر گھس جاتی ہے، زریغان رید وضعی کا تعلق
 پرورے طور پر پیرین قطع سے ہوتا ہے، جو عضلات کے تشنج سے اوپر
 کی طرف کھینچ جاتا اور باہر کی طرف گھوم جاتا ہے۔ باہر کی طرف گھومنے
 کی وجہ زیادہ تر عضو کا اپنا بوجھ ہے، اور یہ کہ اگلی سطح کے معاً بل میں
 پھیلی سطح زیادہ ٹوٹی ہے۔ دونوں ٹانگوں کو اگر ناپ کر دیکھا جائے، تو
 ٹوٹی ہوئی ٹانگ عضلی کشش کی وجہ سے تقریباً پون قیراط چھوٹی ہوتی ہے
 بعض حالات میں تقصیر آفت کے وقت ظاہر نہیں ہوتا، لیکن کچھ مدت کے
 بعد یکایک یا تدریجاً نمایاں ہو جاتا ہے؛ کیونکہ ر (۱) گا ہے گردن کو
 رابطات اوائل میں محفوظ ہوتے ہیں، اسکے بعد وہ کسی عضلی انقباض
 یا کسی دوسرے زور کی وجہ سے ٹوٹ جاتے ہیں۔ (۲) گا ہے گردن
 کے رابطات اگرچہ قائم رہتے ہیں، مگر ران کی ہڈی کی گردن چند دنوں
 کے بعد جذب ہونے لگتی ہے پہلی صورت میں تقصیر یکایک ظاہر ہو گا،
 اور دوسری صورت میں تدریجاً، حتیٰ کہ چھ مہینے کے بعد۔

انذار :- مرض کی رفتار کا تعلق زیادہ تر مرین کی عمومی صحت پر
 ہے۔ اگر اسکی عمومی صحت اچھی ہے، وہ پیسیپٹرے کی کسی دیرینہ بیماری
 میں مبتلا نہیں ہے، اور وہ چھ یا آٹھ ہفتے تک بستر پر بٹلا رہ سکتا ہے، تو
 انجبار یقیناً عظمی ہو سکتا ہے۔ لیکن اگر مرین کمزور ہے، وہ پیسیپٹرے
 کی کسی بیماری (مثلاً التهاب شیمی مزمن یا نفخہ الریہ) میں مبتلا ہے، تو انذار
 کسی طرح اچھا نہیں ہو سکتا، اور ممکن ہے کہ احقانی ذات الریہ یا قلع الریہ

۱۔ پیسیپٹرے تک نیونیا +

۲۔ کرائمک برائکائی ٹس +

۳۔ انفیسیا +

کی وجہ سے موت واقع ہو۔ انہی وجہ سے بڈھوں میں اس کسر کا اتمام ہمیشہ ڈھیلا اور بیفی صورت میں ہوا کرتا ہے، کیونکہ ان میں دل تو دو ان خون کمزور ہے، دویم بالائی ٹکڑے دسر کا تغذیہ محض شریان ساد سے ہوتا ہے۔ جو اکثر اذیت ہوتی ہے۔ سویم ان کو زیادہ عرصہ تک بستر پر پڑا نہیں رکھا جاسکتا۔

علاج :- غریب ایک جگہ آنے والا ہے۔

کسر خارج الکیس (فخذ کی گردن کا طر و خانطیر کے پاس ٹوٹنا)
اس کسر میں عموماً طر و خانطیر بھی شریک ہو کر ٹوٹ جاتا ہے۔ اس کا عام سبب کسی بیماری چیز کا طر و خانطیر اعظم پر گرنا ہے۔ اس کسر میں ادغام کی صورت بہت عام ہے۔ ٹانگ کی لمبائی تین قیراط تک کم ہو جایا کرتی ہے، اسی طرح ٹانگ ہمیشہ باہر کی طرف پھرجایا کرتی ہے۔ جب ادغام کی صورت واقع ہوتی ہے، تو طر و خانطیر جو پڑا ہو جاتا ہے۔ گردن فخذ کے کسر کے عوارض اور علامات :-

(۱) درد اکدم (جلدی چوٹ) اور ورم کسر بیرون کیسہ میں زیادہ نمایاں ہوتے ہیں۔

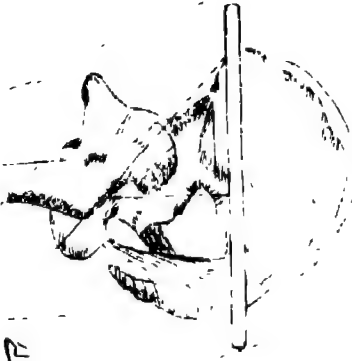
(۲) فحشہ (صریر) غیر مدغم میں پایا جاتا ہے۔

(۳) قوت کا کمزور ہو جانا۔ یا اختلال عمل دونوں قسم (دخول لکیس) خارج الکیس) کے کسر میں پایا جاتا ہے، لیکن کسر مدغم کی صورت میں (کم دبیش) مریض چل سکتا ہے۔

(۴) ٹانگ کا باہر کی طرف پھرجانا گردن فخذ کی ایک اہم علامت ہے۔

متعلق صفحہ

۴۴۴

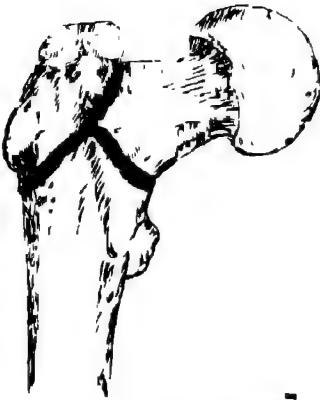


تصویر (۸۲)

عنق الفخذ کے کسور

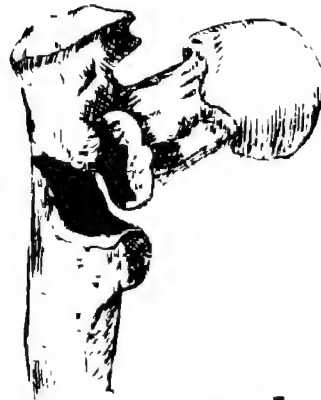
خطے لے ٹن طریقہ نظیر انظم کی وضع دریافت کرنے کے لئے

تصویر (۸۳)



تصویر (۸۵)

عنق الفخذ کا کسور، اسکی جڑ کے پاس
(رسانے کی طرف سے دکھایا گیا ہے)



تصویر (۸۴)

عنق الفخذ کا کسور، اسکی جڑ کے پاس
(پچھے کی طرف سے دکھایا گیا ہے)

(۵) عضواؤں کے طول میں کمی کا واقع ہونا (تقصیر) کس خراج لگس میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

۱۔ طرود ناظیر اعظم دونوں قسم کے کسور میں اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے؛ یعنی وہ اوپر کی طرف او بھرتا ہے یا نیچے کی طرف مڑ جاتا، اور خط وسطانی سے قریب تر ہو جاتا ہے۔

طرود ناظیر اعظم کی جگہ معلوم کرنے کے لئے مندرجہ ذیل طریق استعمال کئے جاتے ہیں، جس سے یہ پتہ چل سکتا ہے کہ وہ اپنی جگہ سے ٹل گیا ہے، یا نہیں۔

(الف) ایک خط اعظم ان خاصہ کے شرکہ مقدمہ علیا سے مدبہ در کبہ تک کھینچا جائے؛ طبعی حالت میں طرود ناظیر اعظم کی چوٹی پر اس خط کو گزرتا چاہئے؛ بشرطیکہ عضو کو محور بدن پر رکھا جائے؛ لیکن جب وہ تقریباً تباعد کی صورت میں ہوتا ہے، تو اس کی چوٹی اس خط سے اوپر یا نیچے ہو جاتی ہے۔ نمایاں طور پر ہڈی کا اس خط کے اوپر ہو جانا اس امر کو بتاتا ہے کہ قطع مؤخر کی وجہ سے، یا غنق الفخذ کے کسر کی وجہ سے یا سر او گردن کے جذب ہو جانے کی وجہ سے ٹانگ چھوٹی ہو گئی ہے۔ اس خط کو خط طعن لے ٹن کہتے ہیں۔

(ب) مرئین کو بستر پر چت ٹاکر ایک عمودی خط خاصہ کے شرکہ مقدمہ علیا سے کھینچا جائے؛ پھر دوسرا خط طرود ناظیر اعظم کی چوٹی سے اس طرح کھینچا جائے کہ پہلے خط کے ساتھ ملکر زاویہ قائمہ بنائے اسی طرح جانب سلیم میں کیا جائے؛ پھر اس دوسرے آرٹے خط کی

لے ٹن لے ٹن وین۔

درازنی کا مقابلہ کیا جائے، اس سے نقص کی مقدار کا صحیح اندازہ ہو گیا
اس خط کو خط برائمنٹ کہتے ہیں۔

(۳) جسم کے خط وسطانی سے دونوں طرف کے طر و خا نظیر اعظم
کا فاصلہ ناپا جائے، اور باہمی مقابلہ کیا جائے۔

(۴) طر و خا نظیر اعظم محض کسر بیرون کیسہ (کسر خارج الکلیس)
میں پھیل جایا کرتا ہے۔

علاج :- غفریب آنے والا ہے۔

طر و خا نظیر اعظم کا کسر بہت ہی شاذ ہے، اور غنی الفخذ کے
کسر کے بغیر بہت ہی کم واقع ہوتا ہے۔ اس کا سبب ضرب و اصل ہوا
کرتا ہے۔ بچوں میں یہ چونکہ کروہ سے کی شکل میں ہوتا ہے۔ اسلئے یہ اس
وقت کسر کروہی کی صورت میں واقع ہوا کرتا ہے۔ جب کسر کی صورت
واقع ہوتی ہے تو پورا طر و خا نظیر یا اسکا کوئی حصہ ہڈی کے باقی حصے
سے جدا ہوتا ہے۔ مگر فخذ کے جسم میں کوئی تفرق اتصال نہیں ہوتا۔ ہلانے
سے جو با طر و خا نظیر اعظم ملتا ہے۔ اور خستہ کی آدائیابی جاتی ہے۔

علاج :- غلیت حراحیہ کر کے ٹوٹی ہوئی ہڈی کو اپنی جگہ بٹھا کر
تار یا کیل (ریانچ) سے کس دیا جائے۔

فخذ کے سر کے کروہ سے جدا ہونا کسر داخل الکلیس سے
شاذ ہوتا ہے۔ اس کے بعد گاہے ہڈی کے نو میں خلل واقع ہوتا ہے۔

جسم فخذ کے کسور

دونوں قسم کے صدمات واصلہ اور غیر واصلہ سے جسم فخذ



عظم الفخذ کے زیرینہ ثلث کا کسر

جس سے یہ بھی معلوم ہو رہا ہے کہ
ہڈی کس حد تک بد وضع ہو کر اپنی
جگہ سے ہٹ گئی ہے



عظم الفخذ کے بالائی ثلث کا کسر

جس میں ہڈی کی بد وضعی بھی
دکھائی گئی ہے

(اسطوانہ فخذ) ٹوٹ سکتا ہے۔

بد وضعی (میلان وزیفان) جو اس کسر میں واقع ہوتی ہے، اس سے
دار و مدار کسر کے مقام اور اسکی انحناء (خمیدگی) پر متواتر ہے۔ چنانچہ
اگر کسر بالائی ثلث میں واقع ہو، تو بالائی چھوٹا ٹکڑا عموماً سانسے کیطرت
عضلہ حرقیہ و صلیبیہ کی وجہ سے اٹھ جاتا ہے، اور عضلہ الویہ وغیرہ اور
باہر کیطرت گھمانے والے عضلات کی وجہ سے خط وسطانی سے دور ہوتا
روضع تبیدی میں آ جاتا، اور باہر کیطرت گھوم جاتا ہے؛ اور زیرین بڑا
ٹکڑے کو عضلات مقربہ اور کیطرت کھینچ لیتے، اور خط وسطانی و مقربہ
لے آتے ہیں؛ نیز یہ ٹکڑا کچھ تو جسم کے بوجھ سے، اور کچھ عضلات مقربہ
کی امداد سے باہر کی طرف گھوم جاتا ہے۔

اگر کسر درمیانی ثلث میں ہو تو بد وضعی (میلان) کم نمایاں ہوتی ہے
اور اگر کسر زیرین ثلث میں ہو تو زیرین ٹکڑے کو عضلات تو اسے کھینچ کر
پہچھے کیطرت موڑ لیتا ہے۔ یہ ٹکڑا اگر اس مقام کے عروق (عروق
بالبنیہ) کو چھید کر، دبا کر، یا پھاڑ کر نافرمانا پیدا کر دیتا ہے۔

علاج :- عنقریب مشترک طور پر آنے والا ہے۔

فخذ کے زیرین سرے کے کسو

کسر فوق الثقتین (دونوں تھوکوں کے اوپر کی ہڈی کا ٹوٹنا) :-
فخذ کے اسطوانہ کے زیرین ثلث کے کسر کے مطابق ہوتا ہے۔

کسر مستعرض عمودی (کسر تائی) :- اس کسر میں دونوں تھو

لہ سو پر کا ٹیلا ٹوٹ کر کچر +

لہ ٹی شپٹ ٹوٹ کر کچر +

اس طرح جدا ہو جاتے ہیں کہ نقیوں کے اوپر ایک آڑا کسر (کسر مستعرض) نمایاں ہوتا ہے، جس کے ساتھ ایک عمودی دراز رشگان (ہوتی ہے، جو دونوں نقیوں کو ایک دوسرے سے جدا کر دیتی ہے، اور جو مفصل تک بڑھتی ہے۔ یہ حالت بہت دردناک ہوتی ہے؛ جوڑ خون سے پھول جاتا ہے؛ ہڈی طبعی حالت سے زیادہ پھیلی ہوئی معلوم ہوتی ہے؛ اور گاہے خشنہ بھی پایا جاتا ہے۔ تفتت کی صورت اکثر واقع ہوا کرتی ہے۔

علاج: قابل الطینان علاج سرف یہ ہے کہ مفصل کو کھول کر خنجر خون نکال دیا جائے، اور تفتتین کو کیلوں یا پیچوں کے ذریعہ کس دیا جائے دو نقیوں میں سے کسی ایک کا الگ ہو جانا | دونوں نقیوں میں سے کوئی ایک ٹوٹ جائے، تو گھٹنے کے جوڑ میں خون بھر جاتا ہے، گھٹنے کے کا جوڑ غیر طبعی طور پر پہلوی جانب ملنے لگتا ہے، جکے ساتھ خشنہ بھی محسوس ہوتا ہے؛ اور گاہے ٹانگ بھی ماؤن جانب جھک جاتی ہے۔ علاج: ۱۔ ٹوٹے ہوئے قلم (عقدہ) کو اپنی جگہ بٹھا کر لصلقہ بار لیس لگا دیا جائے۔ لیکن قوی اور تندرست لوگوں میں اطمینان بخش علاج یہ ہے کہ جوڑ کو کھول کر ٹکڑے کیلوں یا پیچوں سے جوڑ دیا جائے؛ یا کوئی صفیہ (طبقہ) چڑھا دیا جائے۔

فخذ کے زیرین کر دوسہ کا جدا ہونا یہ بہت زیادہ قلیل الوقوع نہیں ہے، اور کسر مستعرض فوق التفتین سے مشابہ ہوتا ہے؛ لیکن فرق یہ ہے کہ کر دوسہ ٹل کر سامنے کی طرف بھرتا ہے، اور اسطوانہ (باقی جسم) گاہے شریان البسنی پر دباؤ ڈالتا ہے۔ یہ کسر اکثر اوقات مرکب صورت میں ہوتا ہے۔ اس کسر میں گاہے قیق پیدا ہو جاتا ہے، اور گاہے نافرمانا

علاج، ٹانگ کو گھینچ کر اور ہاتھ سے ٹوٹل کر کر دوسہ کو اپنی جگہ بٹھا دینا چاہئے، اور گھٹنے کو موڑ کر بغیر کسی جبیرہ کے رکھا جائے (ناوید تقریباً ساٹھ درجہ کا ہو)۔ عضو پر پٹی باندھی جائے، اور اسے بیرونی پہلو پر لٹایا جائے۔ تسکین و تبرید کے لئے گھٹنے پر برف کی تھیلی رکھی جائے۔ دوپہتے کے بعد پٹی کھول دی جائے، اور تحریک قسری شروع کی جائے۔

علاج مشترک

ران کی ہڈی کے مختلف کسور چونکہ بہت سی باتوں میں علاجا مشترک ہیں، اسلئے انکا ایک جگہ بیان کرنا بے فائدہ تکرار سے پرہیز کرنا ہے۔ اس مقام پر جو علاج بیان کیا جاتا ہے۔ اسکے نتائج پر زیادہ فخر نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ بسا اوقات ٹانگ چھوٹی رہ جاتی ہے، اور اکثر گھٹنے میں کم و بیش صلابت (ہیوسٹ) آجاتی ہے۔ مندرجہ ذیل عام اصول وہ ہیں جو عظم الفخذ کے اکثر کسور میں برتے جاتے ہیں:

(۱) تمدید و مدید، یعنی ایک عرصہ تک ٹانگ کھینچا ہوا رکھنا۔

(۲) تعلیق، یعنی ٹانگ کو ہلکانا +

(۳) تبعید، یعنی ٹانگ کو خط وسطانی سے دور رکھنا (وضع تبعیدی میں رکھنا)۔

(۴) گھٹنے اور ٹخنے کو اٹنائے علاج میں متحرک رکھنا +

(۵) لازوقہ کا دور کرنا اور عضو کی مالش کرنا +

(۱) تمدید | عظم الفخذ کی گردن اور جسم کے کسر میں عموماً اسکی ضرورت

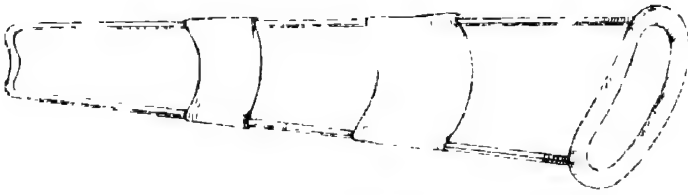
پیش آتی ہے۔ اس مقصد کے لئے مختلف قسم کے جبیرے استعمال

کئے جاتے ہیں۔ مثلاً جبیرہ طامس، اور جبیرہ ہاجن وغیرہ +

جبیرہ طامس جس طرح ٹانگ کا ہوتا ہے، اسی طرح بازو کا بھی ہوتا ہے۔ اس کی ترکیب کا اصلی جز وہ حلقہ ہوتا ہے، جس میں ٹانگ یا بازو داخل کر دیا جاتا ہے؛ اس حلقہ کو ابھی طرح گدی دار بنایا جاتا ہے، اور اس میں دیوار سینہ اور بغل کے مقابل یا حدیہ و رکبہ کے مقابل دباؤ ہوتا ہے۔ اس حلقہ کا جہاں دباؤ پڑتا ہے، وہاں کی جلد کو بار بار دیکھنا اور اس کی حفاظت کرنی چاہئے، تاکہ وہاں زخم و قروح جبیری نہ پیدا ہو جائیں۔ اس جبیرہ کے دونوں طرف سیدھی یا خمیدہ لہے کی ایک چھڑ (سلاخ) ہوتی ہے، جو اوپر کی طرف اس حلقہ سے لگی رہتی ہے، اور نیچے کی طرف دونوں چھڑیں ایک آڑے حصے میں ختم ہوتی ہیں؛ یہ آڑا آخری حصہ ہاتھ میں انگلیوں کے سروں سے، اور پاؤں میں تارے سے آگے بڑھا ہوا ہوتا ہے۔ چونکہ فخذ کے کسور میں صلابت سے بچنے کے لئے گھٹنے کے جوڑ کو متحرک رکھنا ضروری ہے؛ اسلئے طامس کا معمولی جبیرہ، جو کہ سیدھا ہوتا ہے، زیادہ مناسب نہیں ہے؛ اس لئے اس جبیرہ کی پہلی چھڑوں کو موڑ دیا جاتا ہے؛ یا گھٹنے کے مقابل اس میں جوڑ لگا دئے جاتے ہیں؛ تاکہ یہ حرکت کرنے کے قابل ہو سکے۔

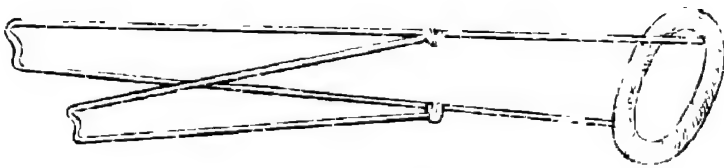
جبیرہ ہاجن بھی جبیرہ طامس کی طرح لہے کی چھڑ کا ہوتا ہے مگر فرق یہ ہے کہ اس کے بالائی حصے میں حلقہ کی بجائے ایک توس ہوتا ہے، جو رباط الاربیہ کے ٹھیک نیچے ران کی بالائی سطح پر ترچھے

لہ تھاں اسپلنٹ + لہ ہاجن اسپلنٹ +



تصویر (۸۸)

جبرہ طاس جو ٹانگ کے کسور میں
استعمال کیا جاتا ہے۔



تصویر (۸۹)

جبرہ طاس، جس میں گھٹنے کے مقابل
ایسا جوڑ لگا دیا گیا ہے کہ گھٹنے ہلایا
جاسکے۔

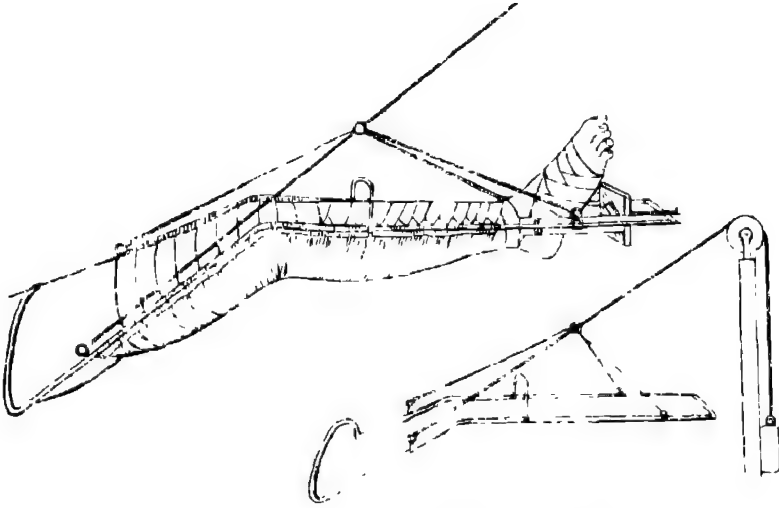
طور پر قائم ہو جاتا ہے ؛ اسی وجہ سے اس جبیرہ کی بیرونی چھڑ نسبتاً لمبی ہوتی ہے ۔ پہلے لازوق لٹکا کر ٹانگ کو پھیلا دیا جاتا ہے ؛ پھر تقریباً سات قیراط عرض کی فلائین کی پٹیاں ٹانگ کے نیچے بمقابلہ اسکے محور کے زاویہ قائمہ پر رکھی جاتی ہیں ، جو ایک دوسرے پر چڑھی رہتی ہیں ۔ اس کے بعد جبیرہ اپنی جگہ قائم کیا جاتا ہے ، اور پٹیوں کے سروں کو جبیرہ کی پہلوی چھڑوں سے وابستہ کر دیا جاتا ہے جس سے ٹانگ کے سہارے کے لئے فلائین کا ایک ظرف (حوض) بن جاتا ہے ۔ پھر جبیرہ کے آخری سرے سے ڈوری (جل التمدید) باندھی جاتی ہے ۔ جبیرہ کے پہلوی حصوں میں خمیدہ خار (شص) یا طلقے ہوتے ہیں ، جن میں ڈوریوں کو لٹکا کر ٹانگ کو جبیرہ کے ساتھ لٹکا دیا جاتا ہے ؛ جس کی صورت یہ ہوتی ہے کہ ان ڈوریوں کو اوپر کی طرف ایک جگہ اکٹھا کر لیا جاتا ہے ؛ جنکے ساتھ ایک مضبوط ڈوری باندھی جاتی ہے ؛ پھر اس ڈوری کو ایک گھرنی میں گزارا جائے ، جو پانشتی کی طرف ایک قائمہ (عمود) پر لگی ہوئی ہو ، یا پلنگ کے اوپر کسی دوسرے سہارے پر لگی ہوئی ہو ، اور اس میں مناسب وزن لٹکا دیا جاتا ہے ۔ ران کی بندش (اساوہ) کے وقت اس بڑے جبیرے کے علاوہ ران میں چھوٹے جبیرے بھی باندھ دیے جاتے ہیں ، تاکہ ٹوٹی ہوئی ہڈیاں اچھی طرح بے حرکت ہو جائیں ۔ چونکہ جسم کا جھہ تمدید مقابل کا کام دیتا ہے ۔ اس لئے پلنگ کی پانشتی کو بلند کر دینا چاہئے ۔ بعض اوقات یہ نا کافی ہوتا ہے ۔ اور جبیرے کے دھکیلے ہونے سے روک نہیں سکتا ۔ اس لئے ایسی صورت میں بالائی

توس کے ساتھ ڈوری باندھ کر سر ہانے کی طرف اس میں وزن لٹکا دیا جاتا ہے۔ جب یہ جبیرہ صحیح طور پر استعمال کیا جاتا ہے، تو جبیرہ خود بخود قوتِ مدید (جسم کے وزن) سے کھینچ جاتا ہے، اور یہ کشش ٹانگ کی طرف اس ڈوری کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے جو ”ناشرہ“ سے نیچے جاتی، اور جھوپڑے طور پر تخی ہوئی ہوتی ہے؛ اگر یہ ڈوری ڈھیلی ہو تو یہ اس امر کی علامت ہے کہ جبیرہ پھسل گیا ہے، اور اسے دوبارہ ٹھیک کرنے کی ضرورت ہے +

جن صورتوں میں گھٹنے اور کولہوں کے جوڑوں کو (دونوں کو) خفیف طور پر خمیدہ رکھنے کی ضرورت ہو، ان میں جبیرہ ہاجن کا استعمال بہت بہتر تدبیر ہے، بشرطیکہ صحیح طور پر لگایا جائے؛ لیکن عام طور پر درست طریقہ سے اسکا لگانا دشوار ہوتا ہے +

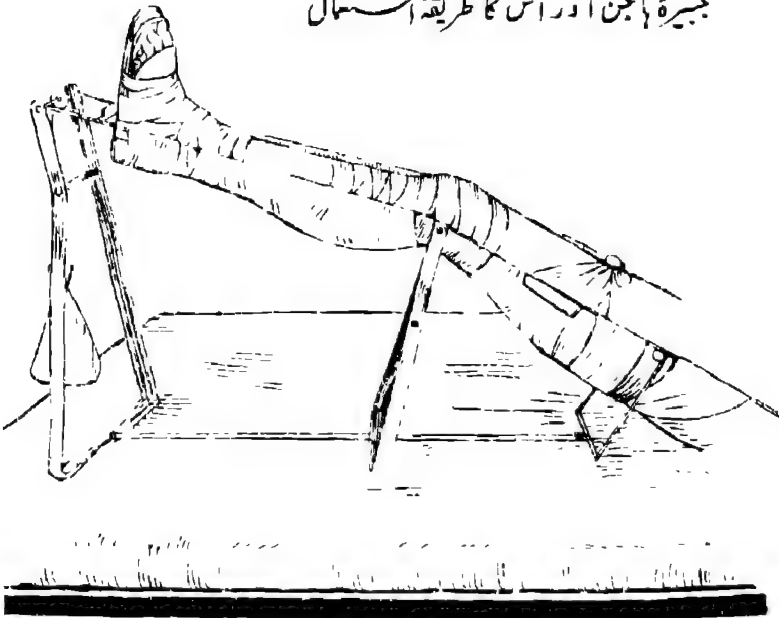
جبیرہ ٹھیکرو و بھی تاروں کا ایک جھولہ نما جبیرہ ہے، جس میں ٹانگ بے حرکت، تخی ہوئی سعلق رہتی ہے۔ اسکا سہارا الوارخ کسور پر ہوتا ہے، اور یہ فرش کے گدے پر استحکام کے ساتھ قائم رہتا ہے، ضرورت کے وقت اس کے اندر اس کے قاعدہ کے پاس ریت کے پھیلے بھر لئے جاتے ہیں، جس سے یہ اور بھی اچھی طرح جم جاتا ہے؛ جبیرہ تقاس کی طرح اس جبیرہ میں بھی ٹانگ فلائین کے حصے کے

لہ ناشرہ (اسپرڈر) وہ تختی جو اس	گزرتا ہے +
جبیرہ کے ساتھ تلوے کے پاس ہوتی	۱۰ ہے گردو اسپلنٹ +
ہے، جس کے وسط میں ایک سوراخ	۱۱ فریکچر بورڈز +
ہوتا ہے؛ اس سوراخ میں جیل توید	۱۲ حصہ۔ ٹرن +



تصویر (۹۰)

جبرہ ہاجن اور اس کا طریقہ استعمال



تصویر (۹۱)

جبرہ ہے گرد، فخذ کے کدر کے لئے

اندور رہتی ہے، اور تھید کے لئے بطریق معمول لازوقہ لگایا جاتا ہے، یا جزوقہ تختی کے ذریعہ قائم کی جاتی ہے، جو سریش سے چپکا دیا جاتا، یا بٹی سے باندھ دیا جاتا ہے، اور یہ جبیرہ پر پھلتا رہتا ہے۔ تھید یعنی کھینچنے کے لئے ایک وزن پائنتی کیطون لٹکایا جاتا ہے، جو ایک گھرنی پر گزرتا ہے۔ یہ جبیرہ بہت آرام دہ ہے، اور آسانی سے لگایا جاسکتا ہے۔ ٹوٹے ہوئے ٹکڑوں کو اپنی جگہ روکنے کے لئے ضرورت کے وقت جبیرہ گچ کے اضافی اجزاء بھی بڑھائے جاسکتے ہیں۔

تھید کے طریقے۔ - نغذ کے کسور میں ٹانگ کے پھیلانے کے مختلف طریقے ہیں، جن میں حسب ضرورت تبدیلیاں کی جاسکتی ہیں۔
۱۔ بذریعہ لازوقہ۔ - لازوقہ لگانے سے پہلے ٹانگ کو مونڈ کر دھونا اور صاف کرنا چاہئے، تاکہ لازوقہ اچھی طرح چپک جائے۔ اور حتی الامکان جلد کی خراش اور عفونت سے بچنا چاہئے۔ تقریباً ڈھائی قیراط چوڑی دوپٹیاں کاٹ کر اس شکل کی طرح موڑی جائیں، اور اس کے دونوں کنارے کاٹ دئے جائیں، تاکہ ٹانگ کی گول سطح پر یہ کٹے



ہوئے ٹکڑے اوپر تلے چڑھ کر اچھی طرح چپک جائیں۔ لازوقہ کو ران

۳۵۷ سہ سہ

۳۵۸ ایڈ ہینر دپلا سٹر +

۳۵۹ فٹ پیس +

کی کافی بلندی تک ہونا چاہئے، اور مفصل مرکب پر ان کو چپکانا نہ چاہئے، تاکہ تحریک قسری کے وقت یہ رکاوٹ نہ ڈال سکے، اس مقصد کے لئے چمڑے کا ایک مناسب ٹکڑا لازوقہ کی چپکنے والی سطح جوڑ کے مقابل لگا دیا جائے۔ پھر ذیل کی شکل کے مطابق ناشرہ تیار کیا جائے، یعنی لازوقہ کو لکڑی کے ایک ٹکڑے کے ساتھ چپکایا جائے، جو مفصل کعب سے زیادہ غریض ہو، اور اس کے وسط میں ڈوری کے گزرنے کے لئے سوراخ ہو۔ ٹانگ کے دونوں پہلو پر لمبی پٹیاں لگائیں، جسکی صورت یہ ہے کہ پہلے انیس گرم کر دیا جائے، یا ان کی چپکنے والی سطح کو روغن تارشین (دھن بلم) سے ترکر دیا جائے، پھر ٹانگ کو اونی بٹی سے یا عصا بہ بوترقہ سے ڈھانک دیا جائے، جو گھٹنے سے زیادہ دور تک نہ بڑھے۔ اسکے بعد تنگ پٹی لگائی جائے، جو ترچھے طور پر عضو کی گولائی میں گھومتی ہوئی جائے۔ پھر دبا بیس محفوظہ وغیرہ کے ذریعہ ناشرہ لگا دیا جائے، اندرونی اور بیرونی گٹوں کو رگڑ سے بچانے کے لئے ان پر گدیاں باندھ دی جائیں۔ ناشرہ کے مرکزی (وسطی) سوراخ سے ڈوری گزرتی ہے۔ جو اوپر کی طرف ایک آڑی لکڑی سے لگی رہتی ہے، اور نیچے کی طرف ایک گھرنی پر گزرتی ہے، جو کسی مناسب مقام پر لگائی جاتی ہے، ڈوری کے اس سرے پر وزن باندھ دیا جاتا ہے، جو قوت تددیک کا کام کرتا ہے۔

۴۵ سیغی پنزد دبا بیس محفوظہ

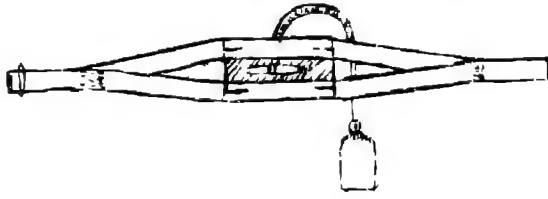
دبا بیس الامن +

۴۵ اسپرڈر +

۴۵ اسپرڈر (ناشرہ) +

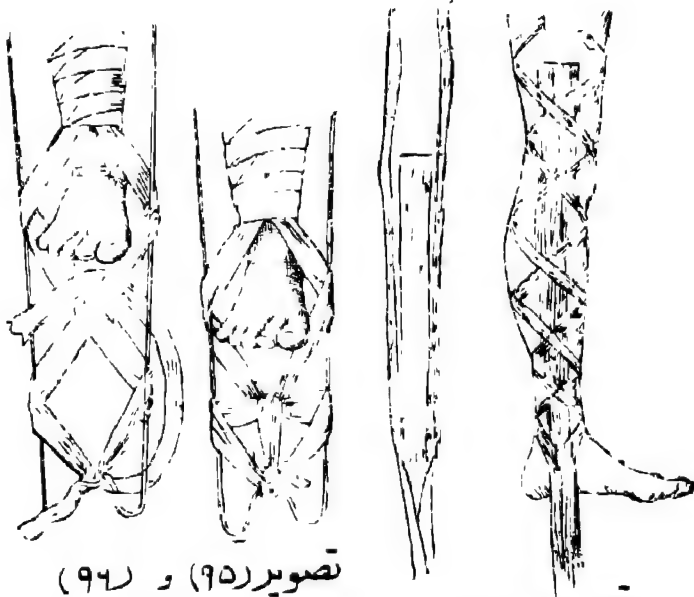
۴۵ ٹرینٹائن آئل +

۴۵ بورے سک بینڈج +



تصویر (۹۳)

ناشرہ پر پٹی باندھنے کا طریقہ



تصویر (۹۵) و (۹۶)

ان دونوں تصویروں میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ جبیرہ طاس کے سر پر قید کی پٹیوں کو کھینچنے کی غرض سے کس طرح باندھا جاتا ہے، اور یہاں کس طرح گرہ لگائی جاتی ہے۔

تصویر ۹۴

تدبیر کے لئے لازوقہ لگانے کا امریکی طریقہ۔

وزن جو تمدید کے لئے ٹٹکا یا جاتا ہے، یہ مریض کے قد و قامت اور عضلات کی فربہی کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے، مگر زمانہ ماضی کے جراحین غلطی سے بہت کم وزن استعمال کیا کرتے تھے۔ ایک جوان تندرست میں ٹوٹے ہوئے فخذ کو اپنی طبعی درازی پر قائم رکھنے کے لئے علی العموم بیس رطل (دس سیر) وزن کی ضرورت ہوتی ہے، اسی طرح تمدید مقابل کے لئے پلنگ کی پائنتی کو تقریباً بارہ قیراط بلند کر دینا چاہئے۔ پورے وزن کا ایک نخت استعمال کرنا مناسب نہیں ہے اس سے جلد کے مجروح ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے، بلکہ شروع میں بہتر یہ ہے کہ سات سے دس رطل وزن ٹٹکا یا جائے، اور پھر بے عجلت وزن کو بڑھاتے ہوئے پورے وزن تک پہنچایا جائے۔ پھر جس وقت ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کا اتصال حاصل ہو، فوراً نصف وزن کم کر دیا جائے اور باقی ماندہ نصف وزن کو لگے دو تین ہفتہ تک قائم رکھا جائے۔ جب وزن دور کر دیا جاتا ہے، اور مریض حرکت کرنے لگتا ہے، تو ہمیشہ ثانوی طور پر عضو کچھ نہ کچھ چھوٹا ہو جاتا ہے، اسلئے دانشمندی یہ ہے کہ ٹانگ کو نصف قیراط زیادہ لمبا رکھا جائے، اور اس نصف قیراط کی دمازی کو تمدید کا نتیجہ سمجھا جائے۔

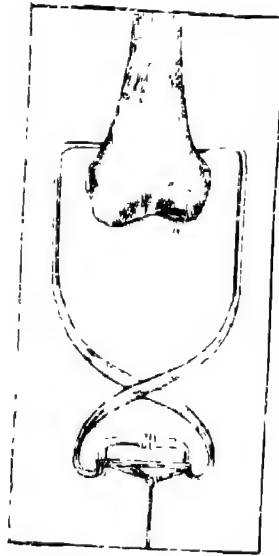
بہت سی صورتوں میں نہ وزن ٹٹکا یا جاتا ہے، اور نہ گھرنی استعمال کی جاتی ہے، بلکہ لازوقہ کی دونوں پٹیوں کے سروں کو مضبوطی کے ساتھ جبرے کے آخری سرے کے اڑے حصے پر باہم باندھ دیا جاتا ہے۔ اس صورت میں بمقابلہ سابقہ صورت کے تمدید زیادہ شدید نہیں ہوتی ہے، لیکن اس میں تمدید دائمی اور

سلسل رہتی ہے، حتیٰ کہ مریض جب حرکت کرنے لگتا ہے، اس وقت بھی یہ قائم رہتی ہے +

۲۔ غرار :- لازوق چونکہ ہر حالت میں اطمینان بخش نہیں ہوا کرتا ہے، اسلئے اسکی بجائے مختلف قسم کے سریش تجویز کئے گئے ہیں جو عضو پر لتھیر دئے جاتے ہیں، اور اسپرکٹریے چپکا دئے جاتے ہیں۔ پھر کپڑے کی پیٹوں کو بدستور سابق جبیرے کے آخری سرے کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے، یا کسی اور طریقے سے کھینچا اور مناسب تناؤ پیدا کر کے جبیرے کے پہلوی چھڑاؤں کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے۔

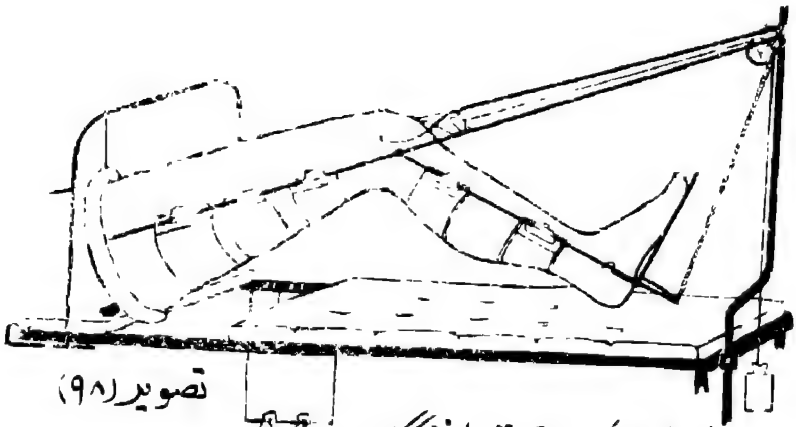
۳۔ یہ ظاہر ہے کہ تمدید کے جتنے طریقے اوپر بتائے گئے ہیں، تقریباً سب میں عضو کو خط مستقیم پر کھینچنا پڑتا ہے، اور اگر گھٹنے کو موڑ کر رکھنے کی ضرورت ہو، تو قوتِ تمدید کی ایک کافی مقدار ضائع ہوتی ہے، اور بعض حالات میں ردّ کسر حاصل نہیں ہوتا رڈ ہی اپنی جگہ نہیں بیٹھتی۔ ان حالات میں جبیرہ تھا مس استعمال کیا جاتا ہے، جو گھٹنے کے مقام پر مڑا ہوا ہوتا ہے۔ عضو کے دونوں طرف لازوق یا غرار التمدید لگایا جاتا ہے، اور مناسب وزن کے ذریعہ نغز کے محور پر تمدید قائم کی جاتی ہے، اسکی ڈوری ایک گھرنی میں گزاری جاتی ہے، جو پانسی کی طرف ایک عمود کے ساتھ لگائی جاتی ہے۔ پھر ایک دوسری تمدید بھی گھٹنے کے نیچے قائم کی جاتی ہے، اور اسے جبیرے کے آڑے حصے کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے، جس سے قوتِ تمدید بڑھ جاتی ہے، پھر

لے سریش (گیلو) + لے گیلو کس ٹنشن +



تصویر (۹۷)

برکار التمدید فخذ کے کسور کے لئے
یہ یاد رکھنا چاہئے کہ برکاری نوکیں ہڈی کو چھب نہ دیں، بلکہ
ہڈی کی سطح پر قائم رہیں۔



تصویر (۹۸)

برکار التمدید کا طریقہ استعمال فخذ و کسوریں
جس کے ساتھ جبرہ طاس بھی لگایا گیا ہو، اور اس کے ساتھ جزدقی کو لگا کر بند رہے، ایک بخیر کر لٹکا یا گیا

جسیرہ کو اسی عمود کے ساتھ لٹکا دیا جاتا ہے، یا نیچے کی طرف سے کسی اور مناسب سہارے پر قائم کر دیا جاتا ہے +

برکار متدلید۔ بعض لوگوں نے تددید کے لئے ستر اسی یا چھٹے کے مانند ایک آلہ بنایا ہے، جو برکار سے مشابہ ہوتا ہے، اسکی نوکیں جلد میں نفوذ کرنے کے بعد فخذ کے تحتیں تک پہنچ جاتی ہیں، اس برکار میں ڈوری باندھ کر وزن لٹکا دیا جاتا ہے، جو کھچاؤ کا کام کرتا ہے، لیکن یہ احتیاط برتی جائے کہ زیرین قطعہ میں غیر معمولی کشش نہ پیدا ہو جائے، جو اس صورت میں بہت ممکن ہے، جب دونوں ٹکڑے سیدھ میں آجائیں، ذرا وزن کو کم کر دینا چاہئے +

یہ ظاہر ہے کہ اس صورت میں عضو کو قسری طور پر تحریک دینا ناممکن ہے، اس برکار کو تین سے پانچ ہفتہ تک لگا رکھنا چاہئے، اس سے زیادہ لگانا مناسب نہیں، اس عرصہ کے بعد عضوی تددید کے لئے بلا کسی جسیرہ کے سادہ طور پر وزن لٹکانا مناسب ہے؛ بسا اوقات عضو کو اپنی وضع پر قائم رکھنے کے لئے یہ کافی ہوا کرتا ہے، اور اس وقت دوسرے مختلف مفاصل میں بھی حرکات ذاتیہ ہو سکیں گے اس طریقہ میں ضروری ہے کہ پورے طور پر صفائی کا خیال کیا جائے تاکہ عفونت نہ واقع ہو، اور پوری احتیاط برتی جائے کہ مفصل رکبہ نفوذ جراثیم سے محفوظ رہے +

تنفیذ کلی :- یعنی ہڈی میں آر پار دھات کا موٹا تار یا سوئی داخل کر کے فخذ کے زیرین سرے کو کھینچنا، یہ تار تقریباً چھ قیراط لمبا،

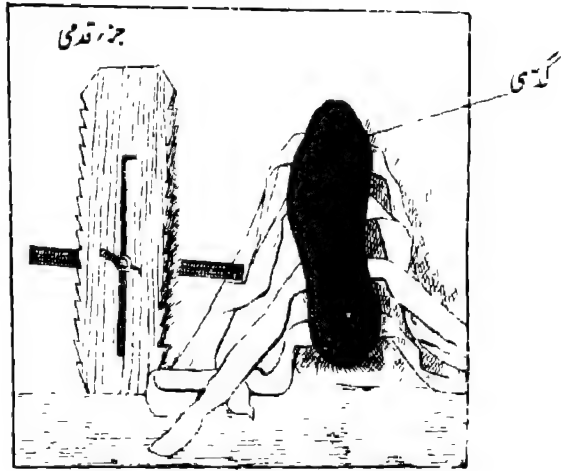
۱۵ ٹرین کیلی پر دربار معرب برکار، ۱۶ کیلیٹ ٹرانس کشن +

اور ۳/۴ قیراط موٹا ہونا چاہئے۔ اسکا ایک سر تیز و حارہ دار اور دوسرا سرد و صیٹا ہوتا ہے۔ اسکا طریقہ عمل یہ ہے کہ مریض کو بیہوش کرنے کے بعد گھٹنے کے ارد گرد کی جلد کو اچھی طرح مسٹر کیا جاتا ہے، پھر نغمہ النسیہ کے بلند حصہ سے ایک انگشت اوپر تار کو آر پار گزار دیا جاتا ہے۔ مناسب یہ ہے کہ تار کو داخل کرتے وقت جلد ذرا اوپر کھینچ لی جائے، تاکہ تمید کے وقت تار کے اوپر جلد کچی نہ رہے۔ پھر ارد گرد کی جراحات کو مناسب اسادہ سے ڈھانک دیا جاتا ہے، اور اس سوئی یا تار کے ساتھ نعل کی شکل کے لوسہ کا حصہ جوڑ دیا جاتا ہے، اور اس میں ڈوری باندھ کر وزن لٹکایا جاتا ہے۔ *

اس طریقہ عمل کے خلاف بہت سی خرابیاں بتائی گئی ہیں، اور یہ خطرہ ظاہر کیا گیا ہے کہ ہڈی میں ناسور ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر جراحی کے تمام اصول مدنظر رہیں، تو ناسور کا خطرہ بہت کم ہے، مگر بہر حال ان خطرات کو دیکھتے ہوئے برکار تمید کا استعمال بہتر ہے، جس میں تنفیذ کلی کی ضرورت پیش نہیں آتی۔ *

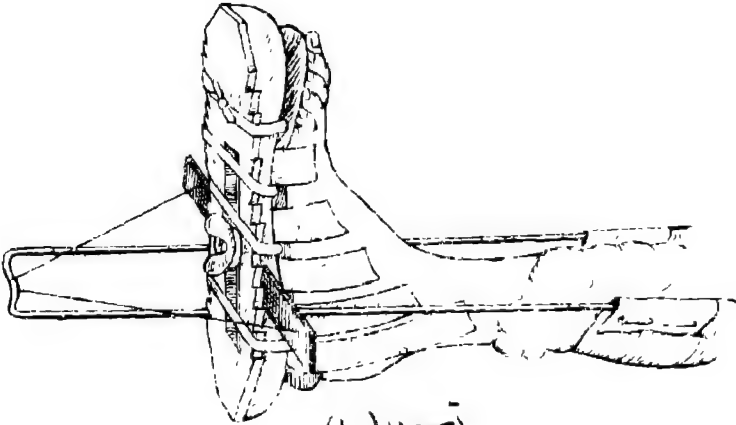
فخذ کے زیرین سرے کے کسور میں، جبکہ نعتین ٹوٹ گئے ہوں، اور برکار تمید اور تنفیذ کلی کا طریقہ فخذ میں ناقابل عمل ہو تو قصبہ کبریٰ کے حدبوں سے ذرا نیچے اور کسی قدر پچھلی جانب تنفیذ کا عمل کیا جاسکتا ہے۔ *

ان دونوں عملیات (علمیت برکار یہ و علمیت تنفیذ) کے ساتھ ساتھ تمید کے دیگر اصول بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ مثلاً جبیرہ تعاس، عمود، چرنخی، ڈورسی، اور وزن وغیرہ۔ *



تصویر (۹۹)

جزء قدمی (سنکیر) اور گدی اسپر لگانے کے لئے



تصویر (۱۰۰)

جزء قدمی (سنکیر) جسے ٹانگ کی تدریک کے لئے استعمال کیا گیا ہے۔

۴۔ بعض اوقات ران یا پنڈلی پر لازوقہ یا سریش کا لگانا نامکن یا نامناسب ہوتا ہے، اور تمدید کے لئے قدم کو کھینچنا پڑتا ہے اسکی ضرورت خصوصیت کی تھا گھٹنے کے نیچے کے کور میں زیادہ بڑتی ہے۔ اس مقصد کے لئے ذیل کے طریقے استعمال کئے جاتے ہیں۔

(الف) جزعہ قدمی (سنکلیئر کا) یا کھڑاؤں :- کڑی کے جزعہ میں اچھی طرح گدی سے نرم کر کے تلوے پر لگایا جاتا ہے، اور لازوقہ یا سریش (غزرا) کے ذریعہ چپکا کر قائم کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد اس کے ساتھ ڈوری لگائیں، اور جبیرہ کے آخری آڑے حصے کے ساتھ ساتھ تمدید کے بعد باندھ دیں۔ عموماً جبیرہ کا آڑا حصہ کھینچنے کی سیدھ میں ہوا کرتا ہے؛ لیکن مفصل کعب کے انقباض و انبساط کے مطابق اسکی وضع بدلی جاسکتی ہے بہطرح مفصل کعب کو اندر یا باہر کی طرف موڑنے کے لئے اُن پیٹوں کی درازی میں، جو دونوں طرف باندھی جاتی ہیں سب کئی بیشی کی جاسکتی ہے۔

(ب) جزعہ تمدید (تمدید کا موزہ) :- ایک مناسب موزہ لیکر انگلیوں والے حصے کو کاٹ دیا جائے، پھر اسے پنڈلی کے زیرین حصے، مفصل کعب، اور پشت قدم پر سریش سے چپکا دیا جائے (تلوے کو چپکا یا نہ جائے)، اور جبیرہ کا ایک ٹکڑا یا لوہے کی سلاخ کا ایک ٹکڑا لیکر، اور مناسب طریقے سے گدی لگا کر اس موزے اور تلوے کے درمیان داخل کر دیا جائے۔ اس کے بعد تمدید کے لئے

یا کھڑاؤں +

سلاخ سٹانگ ٹرکیشن +

سلاخ سنکلیئر سنٹاپیس، سنکلیئر

اسکیٹ اسکیٹ۔ برون پر چلنے کا

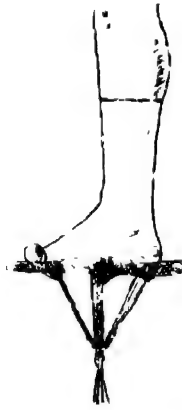
ڈوریاں موزے میں سے گزار کر اس ٹکڑے کے ساتھ باندھی جائیں +
 اگر موزہ پر لصقہ باریں لگایا جائے، اور لوہے کی چھڑکا ایک آڑا حصہ
 اندر داخل کر دیا جائے، جسکے سروں میں سوراخ ہوں، یا جس کے نیچے
 ایک شخص (صنّارہ) ہو تو زیادہ استحکام اور یقین کے ساتھ یہ قائم رہیگا +
 (۲) تعلیق | عضو کا لٹکانا بھی اصول علاج میں داخل ہے، بشرطیکہ
 صحیح طور پر تمدید حاصل ہو چکی ہو۔ فخذ کے کسور میں اس مقصد کے حاصل
 کرنے کے لئے بہت سے تدابیر بتائے گئے ہیں :-

بـنـلـاق بـلـقـان | ان میں سے سادہ ترین لکڑی کی وہ کڑائی ہے جو مریض
 کے بستر کے اوپر (یا مریض کے اوپر) سرہانے سے پائنتی تک
 دراز ہوتی ہے، اور اس کے دونوں سرے دو عمودی لکڑیوں پر
 قائم ہوتے ہیں؛ ان دونوں عمودوں کا تعلق ایک ”بیٹھک“ کے ساتھ
 ہوتا ہے، جو فرش پر سہارہ رکھتی ہے؛ یہ سامان بہ عجلت تمام ہر
 بڑبستی سے بنوایا جاسکتا ہے۔ اسکو عمومًا پلنگ (یا بسترہ) کے خط
 وسطانی سے کسی ایک طرف ہٹا کر رکھا جاتا ہے، تاکہ یہ ماؤنٹ ران کے
 محور کے متوازی قائم ہو جائے۔ پھر عضو کو معلق کرنے کے لئے جبیرہ
 کے ساتھ ڈوریاں باندھ کر اس کڑائی کی گھرنیوں پر گزار دی جاتی ہیں اور
 ان میں وزن لگا دئے جاتے ہیں، تاکہ یہ تقابل وزن کا کام کر سکیں۔
 اس کڑائی کے ساتھ سرہانے کے پاس ایک زنجیر مع ایک دستہ کے
 لٹکا دی جاتی ہے، تاکہ فرش پر مریض اپنے آپ کو اٹھاسکے، اس

لے بلا سٹران پیرس +

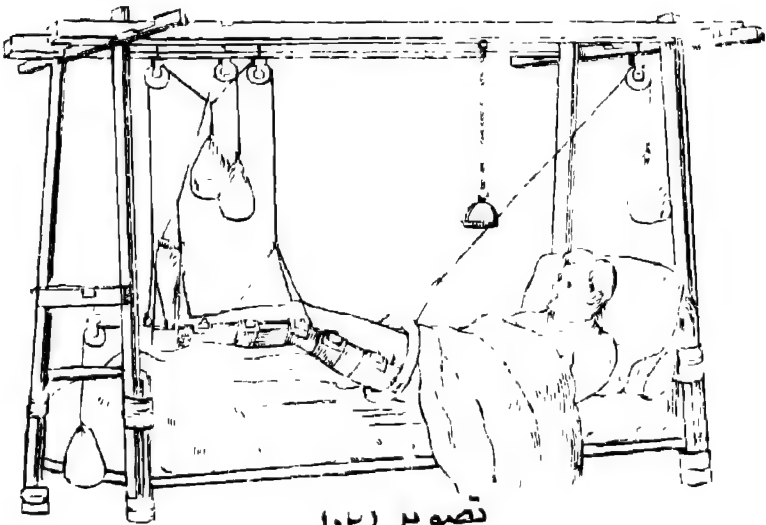
سہ بلکان بجم - بلکان فریم +

سہ ہک +



تصویر (۱۰۱)

جوزب تمید، جسے بذریعہ غرار کے، یا بذریعہ
لظہ بارلیس کے چکا دیا جاتا ہے۔



تصویر (۱۰۲)

فخذ کسور کا طریقہ علاج، جس میں جبیرہ طامس وزن التمدید
اور تعلیق کے ساتھ استعمال کیا گیا ہے۔

قسم کے حرکات کی تیار داری کی سہولت کے لئے مریض کو اجازت دی جاتی ہے؛ کیونکہ ان سے ٹوٹی ہوئی ٹہنی کی وضع قیام پر کچھ اثر نہیں پہنچتا ہے۔ بشرطیکہ صحیح طور پر تہید حاصل ہو چکی ہو۔ پانٹنی کی عمودی لکڑی پر بھی دوسری گھرنی لگائی جاسکتی ہے، تاکہ اسپر جیل تہید گزر سکے اور تاکہ جبیرہ کا آخری سرا باندھا جاسکے؛ جیسا کہ اس وقت کیا جاتا ہے جبکہ پینڈی کے لئے ایک اضافی حصہ لگایا جاتا ہے؛ چنانچہ اس اضافی حصے کو ڈور سی یا زنجیر کے ذریعہ عمود کے صندارہ (شعش) میں لٹکایا جاتا ہے۔

بعض لوگوں نے تعلیق کے لئے دوسرا سامان بنایا ہے جو زیادہ پیچیدہ ہے؛ مگر اسکے ساتھ اسی قدر اس کے فوائد بھی ہیں۔ یہ سارا لکڑی کا بنا ہوا ڈھانچہ ہے، جسکی چار عمودی لکڑیاں پلنگ کے کونوں کے ساتھ بندھی ہوتی ہیں؛ ان عمودوں کے سروں پر سر بانے اور پانٹنی کی طرف دو آڑی لکڑیاں لگی ہوتی ہیں؛ ان آڑی لکڑیوں پر متعدد کھانچے بنے ہوئے ہوتے ہیں۔ جن میں طولانی لکڑیاں پلنگ کے خط وسطانی سے مختلف فاصلہ پر بھنسائی جاسکتی ہیں۔

جب ان میں سے کوئی سامان میسر نہ ہو، تو صرف ایک لکڑی سے کام لیا جاسکتا ہے۔ جسکی صورت یہ ہے کہ اسے پلنگ کی پانٹنی کے ساتھ مستحکم طریقہ پر شکل عمود باندھ دیا جائے، اور اس میں جیل التہید کے لئے گھرنی اور جبیرہ کے آخری سرے کو لٹکانے کے لئے صندارے (شعش) لگا دئے جائیں۔

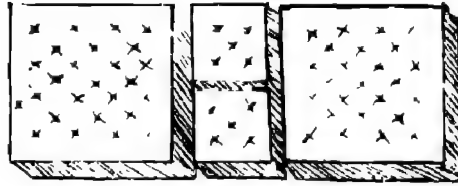
مریض کے ٹانے کے لئے جو گدہ استعمال کیا جائے، وہ

مختلف حصوں میں منقسم ہو، اگلا، پچھلا، اور درمیانی، تاکہ ضرورت کے وقت درمیانی حصہ کو ہٹایا جاسکے، اور پشت اور سر میں تک پہنچنا آسان ہو، قروح القطاة (قروح الفراش) سے حفاظت کی جاسکے، اور سبیلہ و تبرذہ (زہل و براز کے آلات) وغیرہ آسانی کے ساتھ لگائے جاسکیں۔ اگر عضو اور جبیرے کی تعلیق نامکن ہو، تو اس وقت قابل عمل یہ ہے کہ جبیرہ کو پلنگ سے آزاد رکھا جائے، تاکہ تدریج میں نقص نہ آنے پائے، اور جبیرہ تھامس کے زیرین آٹے حصے کو کسی مناسب لکڑی کی اینٹ پر رکھ کر کافی بلند کر دیا جائے۔

(۳) تبعید | یعنی عضو کو خطا و سطانی سے دور رکھنا۔ قحذ کے کسور کے علاج میں علی الخصوص اسکے بالائی سرے کے کسور میں اسکی ضرورت اکثر پڑا کرتی ہے، اس کی سہل ترین صورت یہ ہے کہ بلقانی بھلاق کی لکڑی کو طولانی محور پر رکھنے کی بجائے ترچھے طور پر پلنگ کے ایک کونے سے دوسرے کونے تک رکھا جائے، جب چار ڈنڈے والا پلنگ ہو، تو تبعید کی آسان صورت یہ ہے کہ پائنتی کی طرف کے کسی ڈنڈے کے ساتھ گھرنی (بکرۃ التمدید) وغیرہ لگائی جائے۔

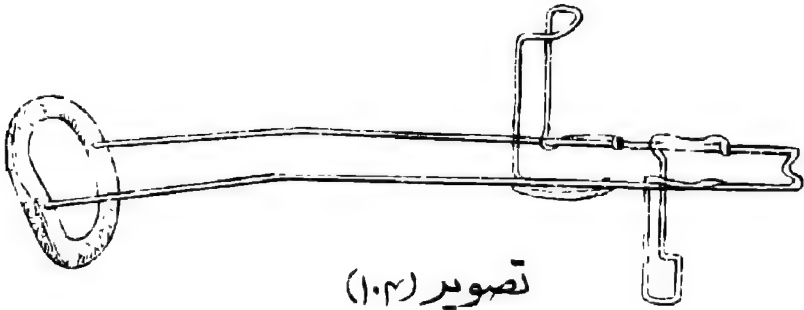
(۴) جب تک مریض بسترے پر پڑا رہے، گھٹنے اور ٹخنے کے جوڑوں کو نرم اور متحرک رکھنے کے لئے ہر قسم کی کوشش جاری رکھنی چاہئے۔ یہ ظاہر ہے کہ ہمیشہ اور ہر صورت میں یہ ممکن نہیں ہے، کیونکہ ان جوڑوں پر پٹیاں، جبائر وغیرہ آجاتے ہیں، جو ان کو باندھ دیتے ہیں، لیکن جس وقت یہ ممکن اور قابل عمل ہو، اسی

لے بلکان فریم (بلقانی سلاق) + لے اکس ٹن شن پٹی



تصویر (۱۰۳)

کسور عاذا اور کسور نختہ کے مریضوں کے
ٹٹانے کے لئے گدہ، جرتین حصوں
میں منقسم ہے۔



تصویر (۱۰۴)

جبیرہ غلامس کے پہلوئی چھڑوں میں اوپر
اور نیچے کی طرف دوسرے سہارے قائم
کر دئے گئے ہیں۔ اوپر والا قدم کے سہارہ
کے لئے، کوہ لٹکا جائے، اور نیچے والا
جبیرہ کے آخری سرے کو بہترے بلند کرنے
کے لئے۔

وقت جلد سے جلد ان جوڑوں کو حرکت دیا جائے، اور تمام وہ صورتیں
حق الامکان اختیار کی جائیں، جن سے تمدید کے ساتھ ان کی حرکت
بند بھی نہ ہو، اور جنکا ذکر ابھی اوپر کے بیانات میں آچکا ہے +

(۵) جب کسر منجبر ہو جائے، اس وقت یہ مناسب نہیں
ہے کہ عضو کو لازوقہ باریس میں رکھا جائے، اور مریض کو بیساکھیو پر
چلنے پھرنے کی اجازت دی جائے؛ بلکہ مناسب یہ ہے کہ جب تک
لازوقہ ہٹایا نہ جائے، اور مالش و تحریک ممکن نہ ہو اس وقت تک
اسکو ملتر ہی رکھا جائے +

کافی عرصہ گزرنے کے بعد مریض کو برکارا لٹاشی کے سہارہ پر
چلنے کی اجازت دینی چاہئے؛ جس کے بالائی حصے میں چرٹے سے
منڈھا ہوا ایک حلقہ ہوتا ہے، جو سرین سے جا لگتا ہے، اور جس پر
حدبہ در کیہ سہارہ لگاتا ہے۔ اس حلقہ سے دولوہ کی چھڑیاں لگی
رہتی، جو نیچے کی طرف زاویہ قائمہ پر مڑی رہتی ہیں۔ یہ زیرین مڑے
ہوئے سرے جوتے کی ایڑی میں داخل ہو جاتے ہیں؛ اس طریقہ
سے مریض کے جسم کا بوجھ زمین تک پر کار کے ذریعہ (نہ کہ ٹانگہ کے
ذریعہ) منتقل ہوتا ہے، اور وہ بیساکھیوں (عکاکیز) کے بغیر بے خطر
ہو کر چل پھر سکتا ہے، اور یہ خطرہ نہیں رہتا کہ جڑی ہوئی ہڈیاں پھر
ٹوٹ جائیں گی۔ اس آلہ کو کم از کم و توغ کسر کے چھ ماہ بعد استعمال کرنا
چاہئے +

مندرجہ بالا اصول علاج کو غنڈے کے مختلف کسور میں ذیل کے

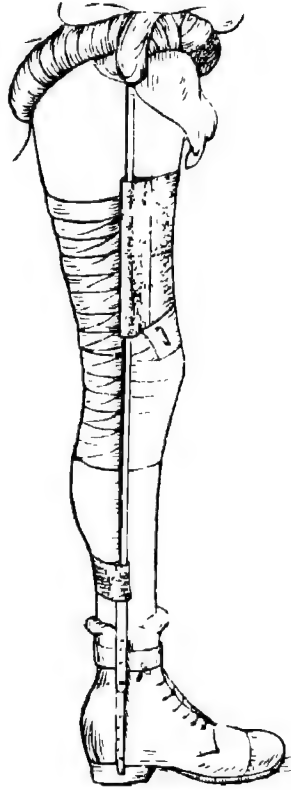
لہ داکنگ کیلی پر +

ہدایات کے مطابق استعمال کرنا چاہئے۔

علاج جزئی :-

کسر داخل لکٹش :- اگر مریض جوان اور اچھا تندرست ہے تو اسے بستر پر چت لٹایا جائے اور ریت کے پٹیلے بھر کر اس کے دونوں پہلو پر رکھے جائیں۔ ران کے اور پنڈلی کے دونوں جانب لازوق کے ٹکڑے کاٹ کر چپکا دئے جاتے ہیں، جو طر و خانطیر اعظم اور اسکے مقابل نقطہ سے (اندر دنی جانب) شروع ہوتے ہیں۔ لازوق کی پٹیاں دھائی قیراط عرض کی کاٹی جاتی ہیں، ٹانگ کی لمبائی جتنی کم ہو گئی ہے اسے اسی قدر کھینچ کر پلنگ کی پائنتی کی طرف بوجھ باندھ دیا جائے، تاکہ ٹانگ برابر کچی رہے۔ بوجھ کے لئے ریت کی پٹیلیاں بھری جاتی ہیں، جو گھرنیوں کے ذریعہ لٹکائی جاتی ہیں۔ بوجھ کی مقدار عضلات کی کشش کے مطابق ہونی چاہئے۔ ٹانگ کو کھینچنے کا مقصد یہ ہے کہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے ایک دوسرے کے مقابل آجائیں، جس کا طریقہ یہ ہے کہ رومال یا تولیہ کو لپیٹ کر عجان (سیون) میں گزارا جائے اور اسے پلنگ کے سرے سے باندھ دیا جائے، اس کی غرض محض ضد المہ (درد مقابل) ہے۔ اسکے بعد جراح اپنے ہاتھ سے ٹانگ کو پکڑ کر کھینچے، یہاں تک کہ اسکی درازی دوسری ٹانگ کے برابر آجائے، پھر ٹانگ کو اتنا پھیر دیا جائے کہ پلنگ اور قدم کے درمیان زاویہ قائمہ بن جائے، اور اسی تناؤ کی حالت میں عضو کو کسی قدر بعید کیا جائے (حالت تبعید میں لایا جائے) پھر جب اسے

لے اتر کر کپڑوں پر رکھ دے۔



تصویر (۱۰۵)

برکار المشی، جو ٹانگ کے کسور میں استعمال
کیا جاتا ہے۔

ولازوقات لگا کر اسے قائم کر دیا جائے۔ اس حالت میں مریض کو چھ ہفتہ سے آٹھ ہفتہ تک پڑا رہنا چاہئے +
 فراش مائی یا ہوائی کا انتظام ہونا چاہئے۔ بول و براز پلنگ پر مثلاً اور مہرۃ نامی آلات میں کرائے جائیں۔ غذائیں مقوی و مغذی کھلائی جائیں۔ چھ ہفتہ کے بعد ٹانگ کو نرمی سے قریب لائیں، گھٹنے کے لئے کوئی مخصوص جبیرہ (مثلاً جبیرہ رکبہ للطامس) استعمال کریں اور مالش اور حرکت قسریہ شروع کر دیں۔ مریض کو چلنے پھرنے کی جلدی اجازت نہ دیں۔ مریض کو چاہئے کہ وہ چار پانچ ماہ تک برکاہ المشی استعمال کرے +

اگر مریض بڑھا اور کمزور ہے، اور وہ فرسنت الہتاب شعی میں مبتلا ہونے کے لئے مستعد ہے، تو اسے زیادہ عرصہ تک بسترے پر پڑا رکھنا اگر ہلک نہیں تو خطرناک ضرور ہے۔ ایسی صورت میں عضلہ کو چند روز تک ریت کی بوریوں کے درمیان آرام و سکون سے رکھا جائے۔ اور غسولات مبردہ و مسکنہ استعمال کئے جائیں۔ جبیرہ طامس تدریجاً کمزور کے ساتھ لگایا جائے، اور مریض کو بیٹھنے کی اجازت دی جائے؛ یا القعہ باریہ بشکل عصا بہ سنبلیہ ٹانگ کو پھیلا کر جلد سے جلد لگایا جائے، اور رکوش کی جائے کہ مریض عکاکیزہ (بیا کھوں) کی مدد سے کھڑا ہوا کرے +
 اگر یہ کسر ادغامی صورت کا ہو، تو اسے غیر مدغم نہ کیا جائے

۱۵۰ تھامس اسپلنٹ +

۱۵۱ پلاسٹک پیرس +

۱۵۲ اسپائیکا +

۱۵۳ یورےئل

۱۵۴ ٹیپین +

۱۵۵ واکنگ کیلی پر +

بلکہ اسی حالت میں چھوڑ دیا جائے، اور ایک لمبا جبیرہ لگا کر مریض کو بستر پر لٹایا جائے، تاکہ غلطی انتہام کی صورت پیدا ہو جائے۔

انتہام کے بعد چونکہ ٹانگ عموماً جھوٹی رہ جاتی ہے، اس لئے مناسب ہے کہ اس پاؤں کے جوتے کی اٹری اور تلے کو دبیر کر دیا جائے، تاکہ اس سے نقصان طول کی تلافی ہو جائے۔

علاج کسر خارج الکیس (یعنی طر و خانطیر کے نزدیک عنق انفذ کا ٹوٹ جانا)۔ اس کا اصول علاج تقریباً وہی ہے جو کسر داخل الکیس کے لئے بیان کیا گیا ہے +

اگر غیر مدغم صورت ہو تو تبعید کے ساتھ تمدید کی کوشش کی جائے قدم کو پھیر دیا جائے۔ تبعید کی مقدار یہ ہے کہ ٹانگ کو خط وسطانی سے چالیس درجہ کے زاویہ پر قائم کیا جائے۔ اس وضع میں قائم کر کے عضو پر عصقہ باریں یا لازوقہ لگا دیا جائے۔ چھ سے آٹھ ہفتہ کے بعد تبعید کی مقدار کم کی جائے، اور کوٹھے کے جوڑ میں بتدریج تحریکات تدریجاً شروع کی جائیں۔ چند ماہ تک برکارا لشی یا سنبلا نصقیۃ اور عکاکیز (مبیا کھینچ) کا استعمال کیا جائے +

اگر کسر مدغم (مغزوہ) ہو تو عموماً اسے غیر مدغم نہیں کیا جاتا ہے، علی الخصوص نوجوانوں اور تندرستیوں میں، عمر رسیدہ مریضوں میں ٹانگ کو جو سے آٹھ ہفتہ تک جبیرہ طویلہ میں تمدید کے بغیر بے حرکت رکھا جاتا ہے +

اس کسر کا انجبار بڑی سے ہو جاتا ہے؛ لیکن اکثر اوقات بڑی

لہ بلا سٹراسپائیکا +

لہ واکنگ کیلی پر +

کی ہر صورتی سے کافی بد وضعی اور اختلال عمل کی صورت پیدا ہو جاتی ہے، اور گاہے ٹانگ چھوٹی ہو جاتی ہے +

جسم النخز کے کسور کا علاج

بالائی ثلث کے کسر میں، جو طور و خاظر کے قریب وقوع پذیر ہوتا ہے، بالائی ٹکڑا بعید ہو جاتا، اور سامنے آ جاتا (منقبض ہو جاتا) ہے چونکہ بالائی ٹکڑا چھوٹا ہوتا ہے، اس لئے کسی جبیرے سے اس کا سنبھالنا دشوار ہوتا ہے۔ علیٰ ہذا جب نچلے ٹکڑے کو بالائی کے محور پر لاکر صحیح استقامت قائم کی جاتی ہے، تو لازمی طور پر بد وضعی پیدا ہو جاتی ہے۔ بہر حال اسکے علاج میں تمدید کے لئے جبیرہ طامس استعمال کیا جائے، ران کو بھی طرح موڑ دیا جائے، اور تقریباً ۵ درجہ بعید کیا جائے۔ یہاں جبیرہ باجن بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اگر جبیرہ طامس لگایا جائے، تو اسے گھٹنے کے برابر موڑ کر ۱۵ درجہ کا زاویہ بنا دیا جائے۔ تعلیق کا مناسب انتظام کیا جائے۔ ضد المد (مد مقابل) کے لئے پلنگ کی پائنتی کو ۱۰-۱۲ قیراط بلند کیا جائے۔ اگر ٹکڑوں کو روکنے کے لئے جباہر مغیرہ کی ضرورت ہو، تو انہیں تعصیب (بندش) میں استعمال کیا جائے۔ کھینچنے کے لئے سنکلیئر کا جزوقدی بھی ایک مناسب آلہ ہے۔ تمدید کی غرض سے یہاں لازوقہ کی پٹیاں لگائی جاسکتی ہیں، اسی طرح غرار المد (غراہ البحر احت) بھی استعمال کیا جاسکتا ہے +

بلکہ اسی حالت میں چھوڑ دیا جائے، اور ایک لمبا جبیرہ لگا کر مریض کو بستر پر لٹایا جائے، تاکہ عظمیٰ انجام کی صورت پیدا ہو جائے۔

انجام کے بعد چونکہ ٹانگ عموماً جھوٹی رہ جاتی ہے، اس لئے مناسب ہے کہ اس پاؤں کے جوتے کی اڑھی اور تلے کو دبیر کر دیا جائے، تاکہ اس سے نقصان طول کی تلافی ہو جائے۔

علاج کسر خراج الکیس (یعنی طر و خا نظیر کے نزدیک عنق انفذ کا لوٹ جانا)۔ اس کا اصول علاج تقریباً وہی ہے جو کسر داخل الکیس کے لئے بیان کیا گیا ہے +

اگر غیر مدغم صورت ہو تو تبید کے ساتھ تھیدی کی کوشش کی جائے قدم کو پھیر دیا جائے۔ تبید کی مقدار یہ ہے کہ ٹانگ کو خط وسطانی سے چالیس درجہ کے زاویہ پر قائم کیا جائے۔ اس وضع میں قائم کر کے عضوبہ لعقہ باریں یا لازدقہ لگا دیا جائے۔ چھ سے آٹھ ہفتہ کے بعد تبید کی مقدار کم کی جائے، اور کولنے کے جوڑ میں بتدریج تحریکات قسریہ شروع کی جائیں۔ چند ماہ تک برکاراشی یا سنبلا صقیہ اور عکاکیز (میا کھوں) کا استعمال کیا جائے +

اگر کسر مدغم و مغروز ہو تو عموماً اسے غیر مدغم نہیں کیا جاتا ہے، علی الخصوص نوجوانوں اور تندرستوں میں۔ عمر رسیدہ مریضوں میں ٹانگ کو جو سے آٹھ ہفتہ تک جبیرہ طویلہ میں تھید کے بغیر بے حرکت رکھا جاتا ہے +

اس کسر کا انجبار پڑی سے ہو جاتا ہے، لیکن اکثر اوقات پڑی

کی ہڑھوتری سے کافی بد وضعی اور اختلال عمل کی صورت پیدا ہو جاتی ہے، اور گاہے ٹانگ چھوٹی ہو جاتی ہے +

جسم النخز کے کسور کا علاج

بالائی ثلث کے کسر میں، جو طر و خانطیر کے قریب دثوع پذیر ہوتا ہے، بالائی ٹکڑا بکعید ہو جاتا، اور سامنے آجاتا (منقبض ہو جاتا) ہے چونکہ بالائی ٹکڑا چھوٹا ہوتا ہے، اس لئے کسی جبیرے سے اس کا سنبھالنا دشوار ہوتا ہے۔ علی ہذا جب نچلے ٹکڑے کو بالائی کے محور پر لاکر صیج استقامت قائم کی جاتی ہے، تو لازمی طور پر بد وضعی پیدا ہو جاتی ہے۔ بہر حال اسکے علاج میں تمدید کے لئے جبیرہ طاس استعمال کیا جائے، ران کو بھی طرح موڑ دیا جائے، اور تقریباً ۵۰ درجہ بکعید کیا جائے۔ یہاں جبیرہ ہاجن بھی استعمال کیا جاسکتا ہے۔

اگر جبیرہ طاس لگایا جائے، تو اسے گھٹنے کے برابر موڑ کر ۱۵۰ درجہ کا زاویہ بنا دیا جائے۔ تعلیق کا مناسب انتظام کیا جائے۔ ضد المد (مد مقابل) کے لئے پلنگ کی پائنتی کو ۱۰-۱۲- قیراط بلند کیا جائے۔ اگر ٹکڑوں کو روکنے کے لئے جبار صغیرہ کی ضرورت ہو، تو انہیں تعصیب (بندش) میں استعمال کیا جائے۔ کھینچنے کے لئے سنکلیئر کا جزو قدیمی بھی ایک مناسب آلہ ہے۔ تمدید کی غرض سے یہاں لازمتہ کی پٹیاں لگائی جاسکتی ہیں، اسی طرح غراء التمدید (غراء البجراحت) بھی استعمال کیا جاسکتا ہے +

اگر مناسب تدابیر کے بعد بھی بالائی ٹکڑا باہر کی طرف او بھرائے
تو اسے گدیوں سے دبا یا جائے +

اس کسر کا انجیاء علویاً خراب ہوتا ہے، یا ہوتا ہی نہیں؛ اسلئے
اتندرست جوانوں میں بہترین تدبیر عملیت جراحیہ ہے +

وسطی ثلث کے کسریں جبیرہ ہیگروڈ یا جبیرہ طامس یا جبیرہ
ہاجن استعمال کیا جائے۔ جبیرہ ہیگروڈ میں مزید فائدہ یہ ہے کہ ٹانگ اس
جبیرہ میں کو لٹے اور رکھنے کے مقام سے مڑی ہوئی رہتی ہے، جس سے
عضلات ڈھیلے رہتے ہیں۔ تعلیق کے لئے مناسب انتظام کیا جائے۔
چونکہ عظم الفخذ کا جسم سامنے کی طرف کسی قدر خمیدہ ہوتا ہے، اس لئے اسکو
برقرار رکھنے کی کوشش کی جائے۔ مناسب ملحقین کا سامان کیا جائے،
یا فخذ کے پیچھے کی طرف مناسب چھوٹے چھوٹے جبا ئر اصغافہ لگا دئے
جائیں +

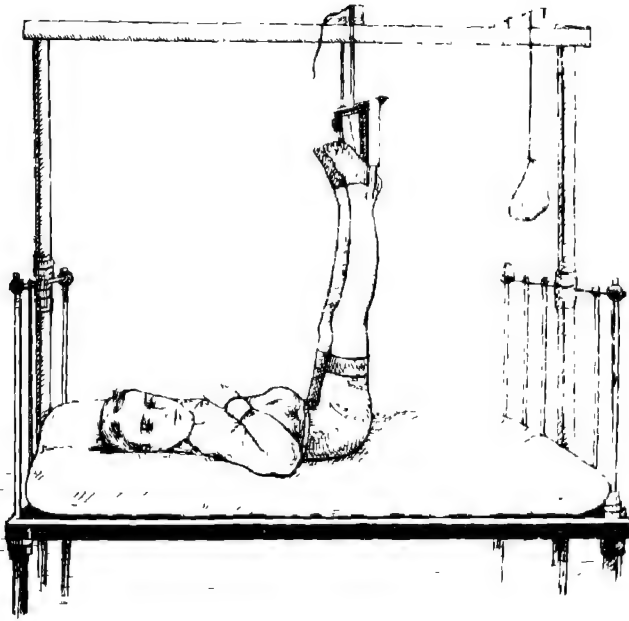
کسر سترض میں ٹکڑوں کے ہٹ جانیکا اندیشہ بہت کم ہوتا
ہے؛ برعکس اسکے کسر مورب اور حلزونی میں سروں کے ہٹ جانے
اور ایک دوسرے پر چڑھ جانے (یا عضلات میں گھس جانے) کا خطرہ
بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اگر مؤثر تدبیر کافی ثابت نہ ہو، تو کھلی عملیت
کی جائے +

کسر مرکب کی صورت میں تہد کے لئے تصبیہ کبریٰ کے سر یا
فخذ کے زیرین سر سے پر تنفیذ کلی کی عملیت کی جائے، یا نوکدار

۵۳۔ کبلیٹ ٹرانس فلشن +

۵۴۔ سلنگ (حلاق) +

۵۵۔ اکنے سوری اسپلنٹ +



تصویر (۱۰۶)

تدبیر کا یہ طریقہ چھوڑچوں میں استعمال کیا جاتا ہے (طریقہ علاج بریانیٹ)
 دایاں فخذ ٹوٹا ہوا ہے، اور اسی کے ساتھ وزن لگایا گیا ہے، اور بائیں
 ٹانگ کو اوٹھا کر سادہ طور پر باندھ دیا گیا ہے، تاکہ اسکی وجہ سے دہری
 ٹانگ عمودی وضع میں قائم رہے۔

پٹا برکار التمدید استعمال کیا جائے، حوض زمانہ کے گھوم جانے کا خطرہ ہو تو صحیح جانب عجائی بندر رباط عجائی لگایا جائے +

زیرین ٹلٹ کے کسر میں اگر قطعہ زیرین پیچھے کی طرف ٹل گیا ہو، ٹانگ کو گھٹنے کے مقام سے موڑ کر رکھنا چاہئے، اس مقصد کے لئے جبیرہ باجن اور جبیرہ ہیگروڈ زیادہ مناسب ہیں؛ یا جبیرہ طامس استعمال کیا جائے، جو گھٹنے کے مقام سے مڑا ہوا ہو، اور اس کے ساتھ لازوقہ تمدید یہ دو طرف لگے ہوئے ہوں، ایک سامنے کی طرف، گھٹنے کے اوپر، فخذ کے محور پر، اور دوسرا پیچھے کی طرف گھٹنے کے نیچے، تاکہ عضو جبیرہ کو ساتھ قائم و ثابت ہو جائے، اگر یہ عل زیرین قطعہ کو سامنے کی طرف لانے کے لئے کافی ثابت نہ ہو، تو برکار التمدید استعمال کیا جائے؛ لیکن جب دونوں ٹکڑے اپنی جگہ آجائیں، تو وزن کو کم کر دیا جائے +

اس مقام کے کسر نورب کو درست کرنا عموماً دشوار ہوتا ہے؛ کیونکہ بالائی قطعہ کا زیرین سراعضلہ ر باعیتہ الرؤس کو چھیر کر اس کے کھم میں گھس جاتا ہے؛ چند روز تک موثر تمدید کے ذرائع استعمال کئے جائیں، اگر یہ ناکام ثابت ہوں، تو کھلی عملیت کی جائے +

بچوں میں (دس بارہ سال تک کے بچوں میں) بریانٹسٹ کا طریقہ علاج استعمال کیا جائے، جو ان کے لئے بہت بہتر ہے، جس میں بچہ کی ٹانگ کو زاویہ قائمہ پر ایک لکڑی کے ساتھ ٹکایا جاتا ہے جو پلنگ کے اوپر طول میں رکھی جاتی ہے، اور بچہ کے جسم کے بوجھ کو بطور

۱۷ بریانٹسٹ سے تھد +

۱۸ ٹریکشن کیلی پر +

۱۹ پرے ٹیل بینڈ +

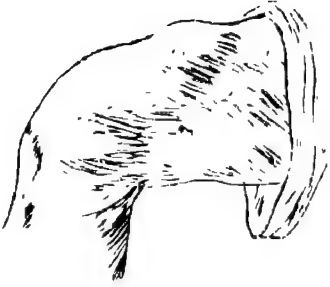
وقتِ مُددہ کے استمال کیا جاتا ہے۔ لازوقہ دونوں ٹانگوں (مریض اور صبح) پر لگایا جاتا ہے، تندرست ٹانگ کو اوپر کی طرف دور باندھا جاتا ہے، مریض ٹانگ کو گناہے لکڑی کے ساتھ (بلا وزن کے) باندھ دیا جاتا ہے، اور گناہے وزن لٹکا یا جاتا، اور گھرنی لگائی جاتی ہے۔ مگر بہر حال بچے کے ماہ (حوض) کو گدے سے بلند رکھنا چاہئے، تاکہ اس کے جسم کا وزن اچھی طرح کام کر کے، سرین کے نیچے تکیہ کار کھدینا اس مقصد کو کفو دیتا ہے۔ اگر تعید کی بھی ضرورت ہو تو بالائی لکڑی کو فراش مریض کے آڑے پن میں قائم کیا جائے، اور مذکورہ بالا طریقے پر تشبیت (قائم کرنا) کی جائے۔ یہ وضع چار پانچ ہفتہ تک قائم رہنی چاہئے، اسکے بعد عضو کو کھول دیا جائے، مالش اور حرکت کی اجازت دی جائے، مگر چلنے کی اجازت اُس وقت تک نہ دی جائے، جب تک کہ برکار المشی نہ لگایا جائے۔

ولادی (خلقی) کسریں، جو نئے بچہ کو پیدائش کے وقت لاسی ہو، بہترین علاج یہ ہے کہ ایک چھوٹا جبیرہ (کبہ) (طامس کا) لگایا جائے اور قید کا سامان کیا جائے۔ اس جبیرہ کا وہ حلقہ جو کچ ران کے پاس ہوتا ہے، اسے اچھی طرح نرم اور گدے دار بنا لیا جائے، اور قید کی نگہداشت کی جائے۔

رضفہ کے کسور

گھٹنے کی ہڈی (رضفہ) علی المرم عضلی تشخ (عضلی انقباض) سے

لہ نکلے شن +



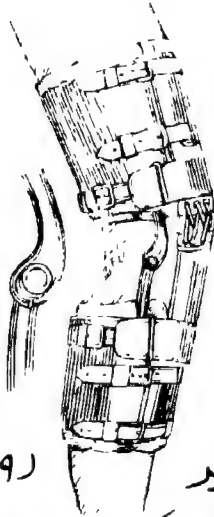
تصویر (۱۰۸)

رضقہ کے ٹوٹ جانے کے بعد گھٹنے کا
کیا منظر ہوتا ہے



تصویر (۱۰۷)

رضقہ ٹوٹ گیا ہے، اور اسکے دونوں
ٹکڑے ایک دوسرے سے جدا ہو گئے ہیں۔



تصویر (۱۰۹)

تصویر

رضقہ مکسٹوہ کیلئے ایک مخصوص جبیرہ

لوہے کے متحرک بیڑجہ دونوں پہلو پہ لگائے جاتے ہیں، وہ
ایک خاص حد تک حرکت کر سکتے ہیں، تاکہ جڑ ہی ہوئی ہڈی
پھر نہ ٹوٹ جائے۔

ٹوٹا کرتی ہے، اور گاہے ضرب واصل (صدمہ واصل) سے +
 جب یہ کسر ضرب واصل سے حاصل ہوتا ہے، تو اکثر اوقات
 ہڈی کے متعدد ٹکڑے ہو جاتے ہیں (کسر مُقْتَت) اور عموماً اسکی شکل ستارہ
 نما (نجی شکل) ہوتی ہے، اور چونکہ عضلہ رباعیۃ الرؤس کا وتر نہیں
 ٹوٹتا ہے، اسلئے ہڈی کے ٹکڑے ایک دوسرے سے دور نہیں
 ہو جاتے۔ مقامی ضرب کی علامتیں، درد، اور رضح (کچل جانا) ظاہر
 ہوتے ہیں۔ ٹوٹنے سے گاہے قطعات کے بیچ میں دراز معلوم
 ہوتی ہے، اور شاؤناؤ درخشہ کا بھی پتہ چلتا ہے +

علاج۔ ٹانگ کو بے حرکت کرنے (حالت سکون رکھنے) کے
 لئے ایک جبیرہ موخرہ لگایا جائے۔ گھٹنے پر برف کی تھیلی رکھی جائے
 بالمش اور تحریکات قسریہ کی جلد ہی اجازت دی جائے، خاص کر جبکہ
 جوڑ میں نزلیت واقع ہو۔ چلنے پھرنے کے لئے برکار المشی استعمال
 کرایا جائے۔ اس کسر میں غلیظ جراحیہ کی ضرورت کمتر ہی پیش آیا
 کرتی ہے +

جب یہ کسر عضلی تشنج سے واقع ہوتا ہے (جو زیادہ عام
 ہے)، تو یہ ہمیشہ مستعرض ہوتا ہے، اور عموماً کامل۔ عضلہ رباعیہ کا
 وتر اور رضعہ کے دونوں جانب کے رباط کیسی ٹوٹ جاتے ہیں،
 اور ہڈی کے دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے جدا ہو جاتے ہیں +
 جب گھٹنے قدرے مڑا ہوا ہو (نیم انقباضی حالت میں ہو) اور رضعہ
 نخذ کے نقشین کی اگلی سطح پر (اسکی مفصلی سطح کے وسط میں) قائم ہو
 لے بیٹھول +

اس حالت میں رباط رضحی رضحہ کو سختی کے ساتھ اپنی جگہ پر قائم رکھتا ہے، اس وقت اگر عضلہ رباعیہ میں نوری اور شدید انقباض پیدا ہو جائے، جیسا کہ گرتے ہوئے سنبھلنے کی کوشش کے وقت ہوتا ہے تو رضحہ ٹوٹ جاتا ہے، یہ صورت ان لوگوں میں زیادہ ممکن الوقوع ہے جن میں پہلے سے استعداد رضعہ، موجود ہو۔ دونوں ٹکڑے گاہے تقریباً برابر سے ہوتے ہیں، لیکن زیرین قطعہ اکثر اوقات چھوٹا ہوتا ہے، پھر یہ بھی ممکن ہے کہ ان دونوں قطعات میں سے کوئی ایک بعض اوقات طولاً و حصوں میں منقسم ہو، یا چند ٹکڑوں میں ٹوٹا ہو۔

علامات :- گھٹنے کو پھیلانے (لبط) کی قابلیت جاتی رہتی ہے، دونوں قطعات ایک دوسرے سے دور ہو جاتے ہیں، جس کا احساس چھونے سے، اور بعض اوقات آنکھوں سے ہوتا ہے، درد ہوتا ہے، انصباب خون کے باعث جوڑ خون سے بھر جاتا ہے، غشاء زلالی ملتصب ہو جاتی ہے (التهاب زلالی)۔ رضحہ کے خط کسر سے انگ دو سرے مقام پر وتر ٹوٹتا ہے، اسلئے اس وتر کے ریشے دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں جھال کی طرح لٹکتے رہتے ہیں وجوہ التحام وانجبار میں خلل انداز ہوتے ہیں (زیرین قطعہ سامنے کی جانب جھک جاتا ہے)۔

علاج :- اس کسر کا بہترین طریقہ علاج کھلی غلیت ہے، واقعہ سے چار پانچ دن بعد ہڈی کوتاروں کے ذریعہ سے باندھ دیا جائے، یہی ایک ذریعہ ہے جس سے غلی التحام حاصل کیا

جاسکتا ہے۔ علیت کے بغیر عظمیٰ التھام نہ ہونے کے وجہ سے
ذیل ہیں :

(۱) زیرین ٹکڑا سامنے کی طرف جھک جاتا ہے ، جس کو کسی
دوسری تدبیر سے روکا نہیں جاسکتا ؛ (۲) وتر کے ریشے دونوں
ٹکڑوں کے بیچ میں حاصل ہو جاتے ہیں ، جنکو ہٹایا نہیں جاسکتا ؛
(۳) خون کے لوہڑے جو جوڑے کے اندر اکٹھے ہو جاتے ہیں ، انہیں
خارج نہیں کیا جاسکتا ، سوائے اس کے کہ یہ خود بتدریج منجذب
ہو جائیں۔ اگر علیت جراحیہ نہ کی گئی ، تو التھام لیفی ہوگا ، اور یہ لیفی
بند بھی پھیل جائیگا ، دونوں ٹکڑے پھر ایک دوسرے سے الگ
ہو جائیں گے ، تا وقتیکہ وہ گھٹنے کو چھو سے بارہ ماہ تک بے حرکت
نہ رکھے +

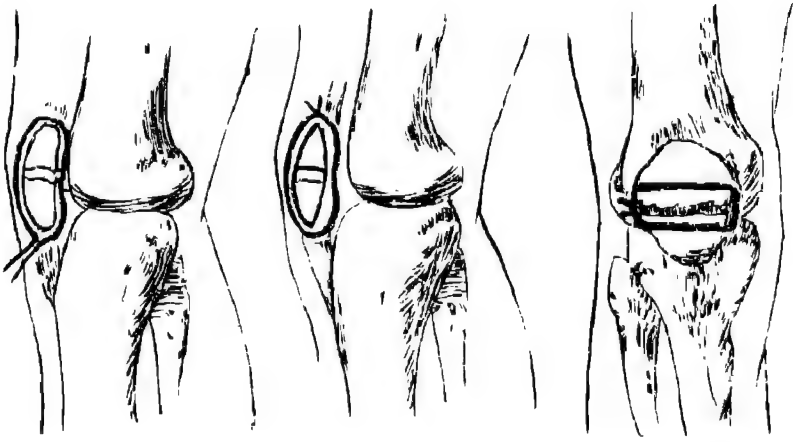
علیت کا طریقہ :- یہ علیت پورے طور پر غیر ملوث یا غیر
عقونی طور پر (جراثیم سے پاک) ہونی چاہئے۔ گھٹنے کو جراثیم سے پاک
کرنے کے لئے غسل قطرائی (کاربولک لوشن پہ توت والے) سے
یا غسل سیماپی (مرکری لوشن ، بیلم) سے دھویا جائے ، یا ان کی
 بجائے محلول نیک مطہر استعمال کیا جائے۔ پھر جوڑ کو کھولنے کے
لئے گھوڑے کی نعل کی شکل کا شکاف لگایا جائے (نعل کا مقعر حصہ
ادپر یا نیچے کی طرف ہے) ، خون کے جے ہرے لوہڑے خارج کر دیے
جائیں ، وتر و نفاقت کے ریشے (جو دونوں ٹکڑوں کے بیچ میں ہوتے
ہیں) قینچی سے تراش دیے جائیں ، ہڈی کے دونوں ٹکڑوں میں منقر
(برسہ) سے آڑے طور پر چھید کیا جائے ، اور سوراخوں میں چاندی کا

پاک صاف تار ڈال کر اور دونوں ٹکڑوں کو اچھی طرح ملا کر کس دیا جائے
تار کے سرے کو گرہ دیکر باندھ دیا جائے، اور ان کو دبا دیا جائے، تاکہ
جلد میں ابھرنے آئیں، اور خراش کے باعث نہ بنیں۔ اس کے بعد زخم کو
سی کر بند کر دیا جائے، مواد کے ہاؤ کے لئے کوئی انتظام رکھنا ضروری
نہیں ہے، ٹانگ کو جبیرہ موخرہ لگا کر بے حرکت رکھا جائے ۛ

چونکہ ران کا عضلہ رباعیۃ الرؤوس جلد ہی لاغر ہونا ضرور شروع
ہو جاتا ہے، اس لئے بہتر ہے کہ تندرست جوانوں میں دس روز کے
بعد احتیاط کے ساتھ حرکات قسریہ اور مالش شروع کر دی جائے،
لیکن کسور مضاعفہ میں اور معمر بیٹوں میں عضو کو ذرا زیادہ عرصہ تک
سکون میں رکھا جائے، تین ہفتہ کے بعد بیساکھیاں (عکاکیز) لگا کر
چلنے پھرنے کی اجازت دی جائے، چھ ہفتہ میں عظمیٰ التمام مستحکم
ہو جاتا ہے ۛ

بعض اوقات چاندی کا تار آڑے طور پر باندھنے کی بجائے طولاً
باندھا جاتا ہے، اور دونوں ٹکڑوں کے وسط میں اوپر سے نیچے تک
چھید کیا جاتا ہے ۛ

آلہ صابطہ :- اگر کسی وجہ سے عملیت نامناسب یا ناممکن
ہوتی ہے، تو آلہ صابطہ استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ گاہے لصفہ
باریس کا ہوتا ہے، لیکن اس میں دشواری یہ ہے کہ اس کے ہوتے
ہوئے مالش غیر ممکن ہے۔ دوسری صورت یہ ہے کہ لازوۃ جلد یہ
(چبڑے کا) استعمال کیا جائے، جو ران کو پوشیدہ کر لے، اور جبیرہ
لہ ریٹن ٹو آپریٹس (رقائم نگہنے والا آلہ) ۛ اسکن پلاسٹر ۛ



تصویر (۱۱۲)

تصویر (۱۱۱)

تصویر (۱۱۰)

ٹوٹے ہوئے رضمہ کو تاروں سے کسنے کے مختلف طریقے

(۱۱۰) طریقہ سے ملٹن

(۱۱۱) طریقہ لیسٹر

(۱۱۲) طریقہ بارکر

مؤخرہ کے زیرین حصہ کے ساتھ بذریعہ ایک پکدار ڈوری کے بندھا ہوا رکھا جائے۔ یا لازماً ولد نہ مسامیہ (پکدار چھدا ہوا) استعمال کیا جائے، جسکے دو حصے ہوں، ایک حصہ ران پر اور دوسرا حصہ پینڈلی پر۔ بالائی حصہ اس طرح لگایا جائے کہ رصفہ کے بالائی ٹکڑے کے گرد چپک جائے، اور زیرین حصہ زیرین ٹکڑے کے گرد۔ یہ دونوں حصے مضبوطی سے عضو کے ساتھ پٹی سے کس دئے جائیں، پھر ان دونوں کو باہم رصفہ کے دونوں پہلو پر ششخص لمبین کے ذریعہ باندھ دیا جائے، اور روزانہ تھوڑا تھوڑا ان کے برعکس رچڑیوں کو کھینچا جائے تاکہ دونوں ٹکڑے تدریجاً قریب تر ہوتے چلے جائیں۔ چھ ہفتہ کے بعد مرین کو اٹھنے کی اجازت دی جائے، لیکن چھ ماہ سے ایک سال تک جبیرہ ترکیب کے پہننے کی ضرورت ہے، تاکہ یہ مفصل ثابت و قائم رہے، اور رصفہ کے دونوں ٹکڑے ایک دوسرے سے جدا نہ ہو جائیں +

آلہ لمبین



۳۵ برغی۔ ہکریو +

۳۶ فی اسپلنٹ +

۳۷ پور وپلاستک پلاسٹر +

۳۸ ملگینز ہکس +

کسور ساق (ہینڈلی کی کسور)

قصبہ کبریٰ (قصبہ) کے کسور | اسکا بالائی سر ضرب واصل ہو
اڑے طور پر دعوٹا، ٹوٹ جایا کرتا ہے، اور ایڑی کے بل گرنے سے
گاہے قصبہ کبریٰ کے بالائی سرے پر کسر ملے تعرض عمودی (۱) ،
پیدا ہو جاتا ہے، اور اس کے دونوں ٹکڑے جدا ہو جاتے ہیں۔

علاج :- بد وضعی کو دور کر کے جبیرہ مؤخرہ لگا دیا جائے ،
لٹانگ کو قدرے مڑا ہوا رکھا جائے، اور تھید کے لئے وزن لٹکا دیا
جائے +

قصبہ کبریٰ کے جسم کا کسر، جبکہ اس کے ساتھ قصبہ
صغریٰ (شظیہ) نہ ٹوٹی ہو، عموماً ضرب واصل کا نتیجہ ہوا کرتا ہے ۔
قصبہ صغریٰ چونکہ جبیرہ کا کام کرتا ہے، اس لئے اس کسر میں بد وضعی
(زنیان) زیادہ پیدا نہیں ہوتی، لیکن کسر کے مقام پر گاہے جلد
ناہموار ہو جاتی ہے، خشخشا (صریرہ) سنائی دیتا ہے، اور غیر معمولی
حرکت ہو سکتی ہے۔ قصبہ کبریٰ کے جسم کے کسر کی تشخیص اس طرح
ہو سکتی ہے کہ جلد پر انگلی پھرائی جائے، مقام کسر پر ناہمواری محسوس
ہوگی +

علاج :- چند روز تک جبیرہ مؤخرہ یا جانیہ استعمال کیا
جائے، یہاں تک کہ دم دور ہو جائے، اسکے بعد عضو پر لاز و قہ
لگایا جائے۔ اگر یہ کسر مفت ہوگا، تو یقیناً علاج زیادہ طولانی ہو جائیگا
لہٰذا شپڈ فریکچر (کسرتائی) +

جن صورتوں میں ہڈی کو اپنی جگہ بٹھانا دشوار ہوتا ہے، وہاں مناسب یہ ہے کہ قدم کے مقام سے تدریجاً ید کا انتظام کیا جائے، دراصل ایک خمیدہ جبیرہ طاس میں گھٹنے کو موڑ کر رکھا جائے۔ اگر اس سے بھی کامیابی نہ ہو تو جراحی عمل کیا جائے +

کعبۃ النسی کا کسر، بغیر اسکے کہ کسی دوسری ہڈی میں آنت آئے، قلیل الوقوع ہے۔ اس کا علاج یہ ہے کہ جبیرہ لازوقیہ لگایا جائے یا تاروں سے سی دیا جائے، یا کیلور (وتاد) سے جوڑ دیا جائے +

تنہا قصبہ صغریٰ (شظیہ) کے کسور یہ کسور کم وقوع پذیر ہوتے ہیں، اور صدمہ و اصلہ کے نتیجے ہوتے ہیں۔ کسر کے مقام پر درد ہوتا ہے، جو براہ راست مقام کسر دبانے سے بھی محسوس ہوتا ہے، اور اگر قصبہ صغریٰ کو فاصلہ پر دبایا جائے، تو بھی محسوس ہوتا ہے۔ علاج :- عضو کو چند روز تک بے حرکت رکھنے کے بعد جبیرہ لازوقیہ استعمال کیا جائے۔

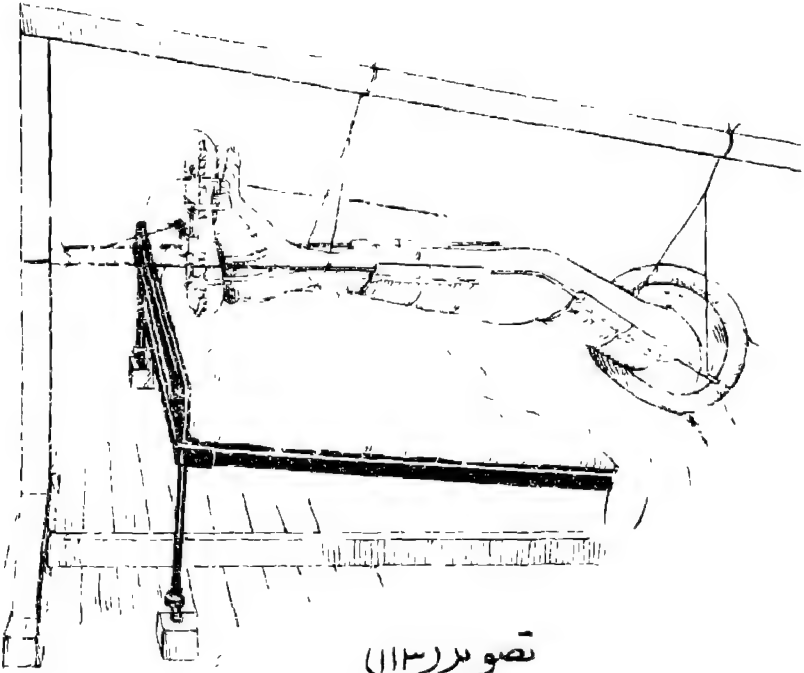
قصبۃ ثنی کے کسور (پنڈلی کی دونوں ہڈیوں کے ملنے کسور) پنڈلی کی دونوں ہڈیاں جس طرح صدمات و اصلہ سے ٹوٹتی ہیں، اسی طرح لگا ہے صدمات غیر اصلہ سے بھی۔ صدمات و اصلہ سے بلا تخصیص یہ ہڈیاں ہر جگہ ٹوٹ سکتی ہیں، اور صدمات غیر اصلہ کی صورت میں یہ ہڈیاں اپنے کمر و وتر مقامات سے ٹوٹتی ہیں؛ چنانچہ ایسی صورت میں قصبہ کبریٰ درمیانی اور زیرین ٹکٹ کے مقام اتصال پر، اور قصبہ صغریٰ اس سے تدریجاً بلند مقام پر ٹوٹا کرتا ہے +

لے انٹرل سیلی اوس +

تعدادات غیر واصلہ کے کسور ہمیشہ مَورِب (دورابی - ترچھے) یا حلزونی (لولبی) ہوا کرتے ہیں، زیرین ٹکڑا بالائی ٹکڑے کے پیچھے کھینچ جاتا اور باہر کی طرف گھوم جاتا ہے۔ قصبہ کبریٰ کے بالائی ٹکڑے کا تیز اور ٹکیلا کنارہ عموماً جلد کو چھیر کر اس کسور کو "مرکب" بنا دیتا ہے۔

علاج - معمولی اور سادہ کسور میں (جبکہ یہ مرکب نہ ہوں) مریض کو بیہوش کر کے بے وضعی (زینان) دور کی جائے۔ گھٹنے اور کوٹھے کے جوڑ کو قدرے موڑنے (منقبض کرنے) سے چونکہ پنڈلی کے عضلات جیلے پڑ جاتے ہیں، اسلئے بڑی کو کھینچ کر اپنی جگہ بٹھانے میں آسانی ہوتی ہے۔ اگر اسکے بعد بھی ضرورت ہو، تو وترالعقب کو کاٹ دیا جائے اسکے بعد تدریجاً کا انتظام کیا جائے، ازوقہ یا غراء التمدید لگایا جائے تلوے پر جز، قدمی (سنکلیز کا) استعمال کیا جائے، اور ٹانگ کو قیدہ جبرو طامس یا جبرو ہیکرو یا صندوق میں رکھا جائے۔ عضو کی مبنائی کا خیال رکھنا ضروریات میں سے ہے، اور یہ بھی دیکھا جائے کہ زیرین ٹکڑا گھوم تو نہیں گیا ہے۔ زیرین قطعہ کے گھوم جانے کی علامت یہ ہے کہ انگوٹھے کی اندرونی سطح، کعب النسی کی زیر جلد سطح اور رشفہ کا اندرونی کنارہ مقابل ٹانگ کی طرح ایک خط میں نہیں رہتے ہیں۔ التمام دو تین ہفتہ میں اتنا کافی ہو جاتا ہے کہ اب ایسا ازوقہ لگایا جائے، جسے مالش کے لئے روزانہ اتارا جاسکے لیکن باوجود ان باتوں کے لنگڑاپن پھر بھی آ جاتا ہے۔

دونوں ہڈیوں کے زیادہ پیچیدہ کسور میں، جہاں نقصانِ طول کافی ہو، مدیدہ مدیدہ استعمال کیا جائے، دراختلاف



تصویر (۱۱۳)

تصویر (۱۱۳) کے کسر مرکب کا علاج بذریعہ جبرہ طامس
 جسکو معلاق بلقانی میں لٹکا دیا گیا ہے اور کھنچاؤ کے لئے
 جزوقدی (سنکیر) استعمال کیا گیا ہے۔

گھٹنے مڑا ہوا ہے، تاکہ وہ عضلات ڈھیلے پڑ جائیں جو وتر العقب میں ختم ہوتے ہیں۔ اسکے لئے خیدہ جبیرہ طامس بہت بہتر ہے، جسے معلق بلقانی میں لٹکا یا جائے۔ تمہید کے لئے جز و تدبیری (سنگلیئر کا) استعمال کیا جائے، اور ٹانگ پر غرار تلوے تک لگایا جائے، یا تمہید کے لئے مخصوص موزہ (جورب تمہید) استعمال کیا جائے۔ دونوں کعبین پر برکار تمہید لگا کر بھی اس مقصد کو حاصل کیا جاسکتا ہے۔ جب ایک مرتبہ کافی طور پر تمہید کا انتظام ہو جاتا ہے، تو دونوں ٹکڑے خود بخود ایک دوسرے کی سیدھ میں آکر بیٹھ جاتے ہیں، یا ٹوٹ کر بٹھانا پڑتا ہے جب یہ اپنی جگہ بیٹھ جائیں تو مناسب بندشوں سے باندھ کر جبیرہ کی پہاڑی چھڑوں سے وابستہ کر دیا جائے۔ اس حالت میں جبائر جانیہ بھی مفید ہو سکتے ہیں +

اس میں شک نہیں کہ ان ذرائع سے ہڈی کو بٹھانا ہمیشہ آسان نہیں، یہی وجہ ہے کہ اکثر اوقات سنگڑاپن اور زینان رہ جاتا ہے۔ اسی اندیشہ کی وجہ سے بعض اوقات کھلی عملیت کر کے طبقات فلزیہ (صفائح) جوڑ دیے جاتے ہیں۔ اور گاہے تاروں سے یا ہڈیوں کے پچر (اوتاد عظمیہ) سے ہڈیوں کو جوڑا جاتا ہے +

وہ کسور جو مفصل کعب کے پاس واقع ہوں یہ عموماً صدمات غیر واسلہ سے (پاؤں کے پھٹنے سے) پیدا ہوتے ہیں۔ ابتداً جوڑا دکھڑا جاتا ہے، اور اس کے بعد ثانوی طور پر کسور واقع ہوتا ہے اسلئے انکو خلعات کسریہ کہنا چاہئے +

الہ فرجہ فرجہ کے سن +

(۱) گاہے شظیہ (قصبہ صغریٰ) بیرونی کعب کے سرے سے تقریباً تین قیراط اوپر ٹوٹ جاتی ہے، اور اسی حالت میں قدم باہر کی طرف یا باہر اور پیچھے کی طرف مڑ جاتا ہے (کسر پوٹ)۔ یہ کسر کثیر الوقوع ہے، اور صدمہ غیر واحد کا نتیجہ ہوتا ہے، مثلاً یہ کہ انسان قدم کے اندرونی حصے پر کھڑا ہو، اور اس کا بیرونی حصہ زمین سے اٹھا ہوا ہو، ایسی حالت میں اگر وہ دوسرا پاؤں زمین سے اٹھا کر گھومنا چاہے، تو سارے بدن کا بوجھ کعب انسی اور اس کے رباط (رباط جانی انسی) پر پڑ جائیگا، اور ان دونوں میں سے کوئی ایک ٹوٹ جائیگا۔ اب یہی سوچ یا صدمہ عظم الکعب پر پڑیگا، جو کعب وحشی کی اندرونی سطح پر دباؤ ڈالیگا، اور اس کے نتیجے میں قصبہ صغریٰ خمیدہ ہو کر مقام مذکور سے ٹوٹ جائیگی اور گلچہ قدم بصورت مذکور مڑ جاتا ہے۔ گاہے قدم کا یہ موڑ بہت خفیف ہوتا ہے۔

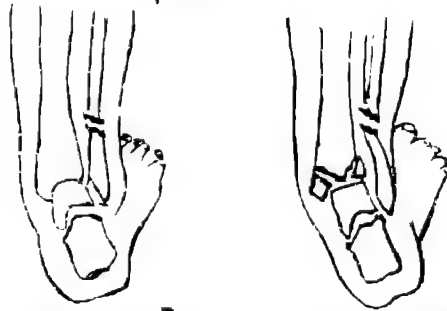
(۲) بعض صورتوں میں قصبہ کبریٰ مفصل کعب کے ٹھیک اوپر آڑے طور پر ٹوٹ جایا کرتا ہے۔

(۳) بعض صورتوں میں رباط ^{بین} القصبین (رباط قصبی شظوی) ٹوٹ جاتا ہے، اور عظم الکعب قصبہ کبریٰ و صغریٰ کے درمیان اوپر کی طرف ٹل جاتا ہے۔ شاذ و نادر قدم کی بیرونی جانب زور دیکر گھومنے کی وجہ سے اندر کی طرف مڑ جاتا ہے، اور اس وقت کسر پوٹ کی طرح آفات پیدا ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ

سہ لمیونے بیولر گنٹ +

سہ پوٹس فریکچر +

سہ انٹراشی اس گنٹ



تصویر (۱۱۵) و تصویر (۱۱۶)

تصویر (۱۱۵) کسر پوٹ کا خاکہ ہے ، اور (۱۱۶) کسر کی عیسری صورت کا ، جسکو کسر ڈوپاٹرن کہتے ہیں

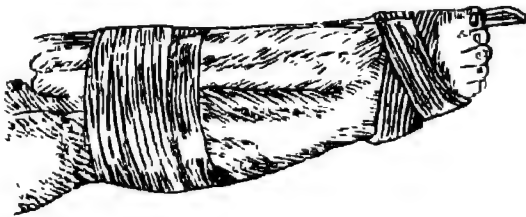


تصویر (۱۱۷)

اس تصویر میں یہ دکھلایا گیا ہے کہ کسر پوٹ بڑے طور پر جڑا گیا ہے ، جس سے ایک مخصوص بد وضعی پیدا ہو گئی ہے ۔

کسر پوٹ جن مقامات پر ہوتا ہے، انہی مقامات کی ہڈیوں میں کسر واقع ہوتا ہے، اور قدم پیچھے کی طرف ٹل جاتا ہے (باہر یا اندر کی طرف نہیں ٹلتا)۔

علاج۔ ان تمام کسور کے علاج میں محذر عمومی (دراری) بیہوشی) کا ہمیشہ استعمال کرنا چاہئے۔ اس میں ایک مزید فائدہ یہ بھی ہے کہ پنڈلی کے عضلات مسترخ ہو جاتے ہیں، اور ہڈیوں کے بٹھانے میں آسانی ہوتی ہے۔ اسکے بعد قدم کو کھینچ کر ٹوٹی ہوئی ہڈیوں کو اپنی وضع پر لانا چاہئے۔ قدم کو اس طرح رکھا جائے کہ پنڈلی کے مقابلہ میں زاویہ قائمہ بنے، ہڈی کی بلنڈیوں کو ایک سیدھ میں قائم کیا جائے (یعنی انگوٹھے کی اندرونی سطح، اندرونی کعب، اور رھفہ کا اندرونی کنارہ ایک سیدھ میں رہیں)، اور زینان خلفی (پچھلی جانب بد وضعی) ہو تو اسے درست کیا جائے۔ بد وضعی دور کرنے کے بعد فوراً لازوقہ لگا دیا جائے، اور قدم کو اندر کی طرف مڑ کر رکھا جائے۔ اس مقصد کے لئے جبیرہ ڈیوپوٹریں بھی کارآمد ہے۔ زینان خلفی کی اصلاح میں وترالعقب کو کاٹ دینا امداد دیتا ہے +



دس روز کے بعد لازوقہ اور جبارہ دور کر کے ماش اور تحریک قسری شروع کی جائے، مگر اس احتیاط کے ساتھ کہ ایک آدمی پنڈلی اور قدم کو پکڑے رہے، تاکہ ٹوٹے ہوئے ٹکڑے ہل نہ جائیں، اور دوبارہ زینان پیدا نہ ہو جائے +

عظم العقب کا کسر یہ عموماً صدمہ واصلہ سے، مثلاً ضربہ اور سقطہ سے، واقع ہوتا ہے۔ گاہے عضلی تشنج سے ایڑی کی ہڈی کا وہ حصہ ٹوٹ جاتا ہے جہاں وتر العقب لگا رہتا ہے۔ چنانچہ جو حصہ الگ ہوا ہے، وہ پنڈلی کے عضلات کی کشش سے اوپر کی طرف کھینچ جاتا ہے، اور نمایاں زینان نمودار ہو جاتا ہے۔ جب خطا کسر اس ہڈی کے جسم سے گزرتا ہے، تو بعض اوقات رباطات کی وجہ سے زینان ظاہر نہیں ہوتا۔ جب یہ کسر بلندی سے گرنے کے باعث لاحق ہوتا ہے تو ہڈی عموماً متعدد ٹکڑوں میں ٹوٹ جاتی ہے (کسر مفتتہ واقع ہوتا ہے) +

علاج :- لازوقہ لگا کر قدم کو بے حرکت کیا جائے، بشرطیکہ زینان نہ ہو۔ لیکن اگر ہڈی کا پچھلا حصہ اوپر اٹھ گیا ہو، تو دونوں ٹکڑوں کو باہم ملانے کی کوشش کی جائے، یعنی پنڈلی کو منقبض رکھا جائے تاکہ بطن ساق کے عضلات ڈھیلے پڑ جائیں۔ گاہے اس ضرورت کے لئے وتر کو کاٹ ڈالنا پڑتا ہے۔ تاروں یا پچروں (اوتاد) کے ذریعہ اگر جوڑ دیا جائے، تو اس سے اچھے نتائج پیدا ہوتے ہیں +

عظم الکعب کا کسر یہ کسر عموماً قدم کے بل بلندی سے گرنے کے باعث لاحق ہوا کرتا ہے، اور بعض اوقات قدم کے صدمات واصلہ سے، مثلاً

کسی وزنی چیز کے اس ہڈی پر گر جانے سے۔ یہ کسر عموماً ایک شدید قسم کا کسر مفت ہوتا ہے، اور گاہے ہڈی کے بعض اجزائے یا نیچے کی طرف بڑھ کر جلد کے نیچے ادھار پیدا کر دیتے یا جلد کو زخمی کر دیتے ہیں (اور کسر مرکب کی صورت پیدا ہو جاتی ہے)۔ ایسے سانحات میں عموماً تھبہ اکبریٰ و صغریٰ اور بعض وقت عظم الفخذ تک شریک آفت ہوتا ہے مفصل کعب خون سے بھر جاتا ہے، اور بعض اوقات صحیح تشخیص دشوار ہو جاتی ہے۔ علاج۔ عضو کو بے حرکت رکھا جائے، مگر ایسا کرنے سے اکثر اوقات مفصل سچھ ہو جاتا ہے۔ بری صورتوں میں بہترین تدبیر یہ ہے کہ ہڈی کو یا آہستہ سے ٹکڑوں کو علیحدت کے ذریعہ نکال دیا جائے۔ بعض اوقات یہ ہڈی پورے طور پر نہیں ٹوٹتی ہے، بلکہ اس میں ایک دراری پڑ جاتی ہے، جو عموماً جسم کے بوجھ پڑنے سے اسکی گردن کے پاس ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں مائش اور نخریک قسری سے علاج کیا جائے۔ جب مریض کھڑا ہونے لگے، تو تلوے میں توس کو قائم رکھنے کے لئے مناسب گدی استعمال کرے، ورنہ ممکن ہے کہ وہ سکا تلو چٹا رہ جائے +

عظام مشطیہ کے کسور بہت کثیر اور توقع ہیں، اور عموماً مصلحت واصلہ سے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ وضعی دریاخان عموماً زیادہ نمایاں نہیں ہوتی ہے، تاوقتیکہ ایک سے زیادہ ہڈیاں مائش نہ ہوں + علاج۔ سکون بخشنا اور مائش ہے۔ جب مریض کو چلنے کی اجازت دی جائے، تلوے کے توس کی حفاظت کے انتظام کے لئے مناسب گدی لگائی جائے۔ پانچویں مشطی کے سوا باقی

انہیوں کے محض سرزمین تک پہنچتے ہیں، اسلئے جب نئے اور کمزور
 و مشہد پر جسم کا وزن پڑتا ہے تو تلوے کی گہرائی تو سی شکل سے
 بدل کر چبٹی سی ہو جاتی ہے۔ جو تے کی ایڑی اور تلے کے اندرونی
 حصے کو اگر دبیز کر دیا جائے، تو چونکہ جسم کا وزن بیرونی جانب منتقل
 ہو جاتا ہے، اس لئے یہ اس مقصد میں کارآمد ثابت ہوتا ہے +



باب سیزدہم

آفاتِ مفصلِ خلوع

خَلْع (خلوع جمع) (جوڑا و کھڑانا) اُس حالت کا نام ہے جس میں ہڈی کا سراپے مفصل سے ٹکلی یا جزیئی طور پر پورے یا ادھورے طور پر خارج ہو جاتا ہے +

وَهُنَّ (وَتَّى) (موتج) مفصل کی اُس آفت کو کہتے ہیں جس میں کسی صدر کی وجہ سے رابطات مفصل اور متصلہ اوتار وغیرہ ٹوٹ جائیں یا کھینچ جائیں +

بعض صورتوں میں فشارِ زلزلہ بھی متورم ہو جاتی ہے ہشمل کے اندر اور اس کے قریب دھار میں گا ہے جو بیانِ نون ہوتا ہے موتج کی صورت میں شدت کا درد ہوتا ہے، اور التباب کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں +

اصطلاحی اختلاف :- ”ہڈی کا اپنی جگہ اور اپنی

طبعی وضع سے پورے طور پر خارج ہو جانے کا نام خلْع ہے

اور جب ہڈی پورے طور پر خارج نہیں ہوتی ہے تو اسے

سَرْوَالِ مَفْصَل (جوڑ کا ٹل بانا) کہتے ہیں اسی کو ایک

لہ ڈسل کے شن (خلع) +

۱۵ اسپرین (یا) اسٹرین (وہن = وَتَّى) +

گردہ وئی کتا ہے۔ اور جب کوئی ایسی آفت (اذیت) ہو، جو ہڈی کو (اپنے مفصل سے) نہ ملائے، لیکن جوڑکے اور گرد کے اجسام (رباطات وغیرہ) کھل جائیں، تو اسے وُہن کہتے ہیں، نہ کہ ”وئی“ (تانون شیخ) +

اس بیان سے ثابت ہوا کہ جسے ہم اردو میں موجی کہتے ہیں، وہ دراصل ”وہن“ کا ترجمہ ہے، نہ کہ ”وئی“ کا +
پھر دوسرے تمام پر شیخ لکھتے ہیں: ”بعض لوگ وہن اور وئی کو (یعنی دونوں حالتوں کو) خواہ جوڑ بالکل نہ اکھڑا ہو، یا ناقص طور پر اکھڑا ہو) ایک ہی مشترک نام سے یاد کرتے ہیں“ اس سے ظاہر ہوا کہ بعض لوگ وہن کو، جس میں جوڑ قطعاً نہیں اکھڑتا، وئی کہتے ہیں +

مصری اور میری اطباء ”وئی“ مخصوص طور پر اسی حالت کو کہتے ہیں جس میں جوڑ قطعاً نہ اکھڑا ہو، اگر جوڑ پر رے یا دھوڑے طور پر اکھڑ چکا ہو، تو اسے قطع کہتے ہیں۔

متاخرین نے بھی مفصل کے اس قسم کے آفات کو دو ہی قسموں میں بیان کیا ہے، اول وہ جس میں جوڑ اکھڑ جائے، کامل طور پر یا ناقص طور پر +

دویم یہ کہ جوڑ نہ اکھڑے، مگر رباطات وغیرہ مادیات ہو جائیں +

علاج: ابتدا میں مفصل کو مکمل سکون دینا چاہئے۔ اور موضعاً

لہ کو اذالی کیشنز (مقامی استعمال کی ٹھنڈی چیزیں، مثلاً غسول اُسرلی (یڈوشن) کا مٹی)

باردہ استعمال کرنا چاہئے، یہاں تک کہ درد میں تسکین ہو جائے۔ اس کے بعد مالش اور تحریکات قسریہ شروع کر دینی چاہئے۔ تاکہ مفصل میں التصاق نہ ہو جائے۔ اگر غشاء زلالی بھی ملے تب ہو جائے تو تحکیمات حارہ کی بھی ضرورت ہوگی۔ لیکن ابتدائی علاج ہر حالت میں موصیعات باردہ سے کرنا چاہئے +

(علاج برقی :- موج کا علاج بجلی کے ذریعہ بھی کیا جاتا ہے۔ اور اس کا طریق یہ ہے کہ پانی میں بجلی کی زد میپوٹر کمراس میں ناف و عضو کو ڈبو دیں) +

موج کی تکلیف چند روز کی احتیاط اور سکون سے دور ہو جاتی ہے۔ لیکن جب یہ بات حاصل نہیں ہوتی ہے تو درد کے دورے بار بار اٹھا کرتے ہیں۔ موج والے عضو میں گاہے بے پردہ ابھی برتنے سے مرض درفی لاحق ہو جاتا ہے +

مفاصل کے جرح نافذہ (مفاصل کو چھیدنیوالے زخم)

مفاصل میں جو زخم (جراحت) لاحق ہوتی ہیں، اس کی دو صورتیں ہوا کرتی ہیں: اس میں جراثیمی عدویٰ برا ہے، یا نہیں (عفونی ہے، یا غیر عفونی)، اگر زخم غیر عفونی ہے (یعنی اس میں جراثیمی عدویٰ نہیں) تو التهاب محض برائے نام ہوگا۔ اگر زخم عفونی ہے (یعنی اس میں جراثیمی عدویٰ ہو گیا ہے) تو مفصل میں نہایت شدید التهاب ہو جائیگا، جس سے بہت بُرے عوارض پیدا ہو سکتے ہیں۔ اور صحت حاصل ہونے کے بعد مفصل کی حرکات میں بھی کچھ نہ کچھ فرق

نہ در آ جاتا ہے گا ہے تجر مفاصل بھی ہو جاتا ہے ۔ ایسے زخم
عموماً بندوق کی گولی سے یا کسی ایسے اوزار سے پیدا ہوتے ہیں ۔ جو
مفصل میں گھس جائے ۔ بعض اوقات کانٹے بھی مفصل میں گھس کر
اس قسم کے عوارض پیدا کر دیتے ہیں ۔

اگر رطوبت زلالی جو صاف تیل جیسی قدرے نیردار رطوبت
ہوتی ہے ، زخم سے نکلتی ہوئی دکھائی دے ۔ تو یقین کر لینا چاہئے
کہ زخم مفصل کے اندر پہنچ گیا ہے ۔ اور اس نے مفصل کی تجویف
کو مافوق کر دیا ہے ۔ اگر یہ امر مشتبہ ہو کہ مفصل چید گیا ہے یا نہیں
تو جلد کو مالعات عفونت سے صاف کر کے زخم کو بڑھائیں ، اور نہایت
غیر سے امتحان کر کے اپنا اطمینان کر لیں کہ اصلی کیفیت کیا ہے ۔

علاج :- مفاصل کے جروح ناریہ (بندوق وغیرہ کے زخموں)
پر اس قدر رجبہ ذیل طریق عمل سے عمدہ نتائج مترتب ہو سکتے ہیں ۔

گولی کی گذر کا ہ کے کناروں کو چھانٹ دیا جائے ، مفصل کے
دونوں کو لپکے ، مالعات عفونت (ادویہ مطہرہ) سے پچکاری کے ذریعہ
دھویا جائے ، زخم کے اندر سے اجسام غریبہ کو ، اور اگر ممکن ہو تو
گولی وغیرہ کو نہایت غور سے دیکھ بھال کر نکال دیں ۔ جب یہ یقین
ہو جائے کہ زخم عدوی جراثیمی سے پاک ہو گیا ہے ، تو غشا زلالی
کو ٹانگے لگا کر مفصل کے جوف کو بند کر دیں ۔ لیکن غشا زلالی سے
باہر کے زخم کو خرقہ (جائی) سے بھر دیں یا اس میں ربڑ کی ٹنگی لگا دیں
ناکاذبان مواد سہولت سے ہوتا رہے بعد ازاں مفصل کو کچھ عرصہ
کے لئے جبروں سے قائم کر دیں ۔ چوبیس یا اڑتالیس گھنٹہ کے بعد

اگر جراثیمی عددوی (عفونت) کے علامات پیدا نہوں، تو خرقہ یا نلکی کو نکال کر زخم کو بالکل بند کر دیں۔ لیکن اگر جراثیمی عددوی کے علامات پیدا ہو جائیں۔ تو غشاء زلالی کے ٹانکوں کو کاٹ دیں۔ اور مفصلی تجولین کو ہلکے مانع عفونت غسل سے دھو کر اندر خرقہ بھر دیں۔ یا رپڑ کی نلکی لگا دیں، جس کے لئے یہ احتیاط نہایت ضروری ہے کہ خرقہ یا نلکی غشاء زلالی تک تو پہنچ جائے۔ لیکن مفصلی تجولین کے اندر داخل نہ ہو، بلوث یا عفونی زخموں میں مفاصل کے اندر انہو بہ نلکی، رکھنے سے تقریباً ہمیشہ تجر پیدا ہو جایا کرتا ہے۔ زخم کو روزانہ ہلکے غسولات سے دھوتے رہیں۔ یہاں تک کہ جراثیمی عددوی کا التهاب دور ہو جائے، جبکی علامت یہ ہے کہ درد اور ورم کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے بعد غشاء زلالی کے زخم کو بند کر دیں، اور غشاء زلالی سے باہر جلد کے زخم کو بتدریج انگوری ساخت سے بھرنے کا موقع دیں۔ دوران علاج میں ہر روز ایک مرتبہ مفصل میں تحریک قسری دیجرا اسکو پھر جبرے میں قائم کر دیا کریں۔ ایسا کرنے سے مفصل میں تجر نہ ہوگا +

خلوع

اقسام :- اسباب کے لحاظ سے خلع کی تین قسمیں ہیں :-

(۱) ضرربی (۲) ولادی (پیدائشی) اور (۳) مرضی +

خلوع ولادی | خلوع ولادی (پیدائشی) سے مراد وہ خلوع ہیں،

جو پیدائش کے وقت موجود ہوں۔ پیدائشی خلوع کا سبب اکثر اوقات کسو خلقت یعنی مکوین جنین (جنین کی بناوٹ) کا نقص ہوتا ہے

جس کی وجہ سے مفاصل کی طبعی سطوح پیدا ہی نہیں ہوتیں۔ اور گاہے جنین کا سورج وضع، یعنی جنین رحم میں اس بے ترتیبی سے رہتا ہے کہ رحم کے اندر ہی اسکے کسی عضو میں خلج پیدا ہو جاتا ہے۔ عموماً جو پیدائشی خلج دیکھنے میں آتا ہے۔ وہ کولھے کا خلج ہے +

ورک کا خلج و لادمی (کولھے کا پیدائشی خلج) - یہ خلج اکثر

دیکھنے میں آتا ہے، اس کا سبب یہ ہوتا ہے کہ جنین کسی وجہ سے رحم میں غیر طبعی حالت میں پڑا رہ جاتا ہے۔ اور فخذ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے اس الفخذ حق اور رک سے باہر نکل جاتا ہے۔ اکثر یہ نقص اُس وقت ششخص ہوتا ہے جبکہ بچہ چلنے پھرنے لگتا ہے +

علامات: - بچے کی ماؤں ٹانگ قدرے چھوٹی ہوتی ہے

اور کولھے کے مقام پر تنقبض رہتی ہے۔ صلب کے سروں میں خنیدگی پیدا ہو جاتی ہے چنانچہ اگر یہ مرض دونوں طرف ہوتا ہے، تو صلب سامنے کی طرف خنیدہ ہو جاتا ہے (تَقَعُّع)، ورنہ کسی ایک جانب۔ لیکن مفصل کی حرکات میں کسی قسم کا احتلال واقع نہیں ہوتا اور نہ مفصل میں کسی قسم کی دکھن یا مضاضیت محسوس ہوتی ہے۔ برخلاف اس کے کولھے کے مرض درنی میں درد اور مضاضیت شروع ہی سے موجود ہوتی ہیں۔ اور حرکات مفصل بہت محدود ہوتی ہیں۔ اسلئے خلج الورک کو دار الورک (کولھے کے مرض) سے یا آسانی تمیز کیا جاسکتا ہے۔ اس مرض میں بچے کی چال عجیب قسم کی شکتی ہوئی ہوتی ہے، علی الخصوص جبکہ ایک ہی طرف ماؤں ہو۔

چونکہ ایسے بچوں میں ران کی ہڈی کا سر اپنی جگہ پر رجاں مفصل کا ذب بن جاتا ہے) بذریعہ رباطات و عضلات کے قائم رہتا ہے اسلئے اداہل میں ٹانگ کو کھینچنے سے اسکی لمبائی میں ایک دو قیراط کا اضافہ ہو سکتا ہے۔ اگر بچہ زیادہ نہ چلا ہو، اور صلابت نہ پیدا ہوئی ہو، تو بعض اوقات حق الورک میں سر کو داخل کر دینا اور خلق کو درست کر دینا بھی آسان ہوتا ہے +

یہ خلق گا ہے ایک جانب اور گائے دونوں جانب ہوا کرتا ہے

تشریح مرضی چلنے پھرنے سے پہلے بچے کا حق الورک اوٹھلا اور راس الفخذ چھوٹا اور چپٹا ہوتا ہے رہت ممکن ہے کہ رد خلق کی کوششیں کامیاب ہو جائیں اور راس الفخذ حق الورک میں داخل ہو جائے لیکن جہاں بچے نے چلنا پھرنا شروع کیا اور راس الفخذ پر بوجھ پڑا۔ فوراً کھسک کر عظم الحرقفہ کی بیرونی سطح (پشت) پر حق الورک سے اوپر پھونچ جاتا ہے۔ کیونکہ حق الورک اوٹھلا اور راس الفخذ چھوٹا ہوتا ہے۔ اس لئے وہ حق الورک میں قائم نہیں رہتا، بلکہ کچھ عرصہ کے بعد راس الفخذ عظم الحرقفہ کی پشت پر ایک چھوٹا سا ٹیب (مفصل کا ذب) بنا لیتا ہے۔ راس الفخذ بد شکل اور عضلات مقربہ چھوٹے ہو جاتے ہیں، کیس مفصلی مٹوم ہو کر دبیز ہو جاتی اور حق الورک کو ڈھانک لیتی ہے۔ رباط مستدیر دراز ہو جاتا ہے +

علاج :- اس کے علاج میں ہمیشہ اطینان بخش نتائج مترتب

نہیں ہوتے، اگر نیچے کے چلنے سے پہلے ہی مرض (خلع) کی تشخیص ہو جائے۔ تو کوشش کی جائے کہ اس الفخذ حق الورک میں داخل ہو جائے اور ٹانگ کو پورے طور پر تبعیدی صورت میں (خط وسطانی سے دور) رکھا جائے، اور کوٹھے کو لازوقہ میں قائم کر دیا جائے۔ تقریباً بارہ ماہ تک لازوقہ میں رکھنا ضروری ہے۔

دو سے پانچ سال کی عمر کے بچوں میں اور نیز بچے کوٹھنیز کا غیر دموقی عمل [] طریقے سے بعض اوقات بہت اچھے نتائج برآمد ہوتے ہیں، یہ عمل اس قسم کا ہے کہ اس میں خون بہانے کی ضرورت پیش نہیں آتی ہے۔ اور نہ باہر سے جلد وغیرہ کو کاٹنا پڑتا ہے۔ (اس عمر میں حق الورک اس الفخذ اور عضلات مقربہ میں مذکورہ بالا تغیرات شروع ہو جاتے ہیں) اس کا طریقہ یہ ہے کہ

۱۔ مریض کو بیہوش کر کے عضلات مقربہ کے ریشوں کو جو کہ رد خلع میں مانع آتے ہیں، دستمال کے ذریعہ (زور سے کھینچ کر) جلد کے نیچے ہی نیچے توڑ دیا جائے تاکہ وہ اس الفخذ کو حق الورک میں داخل ہونے سے نہ روک سکے۔

(۲) اس کے بعد فخذ کو مندرجہ ذیل حرکات دیں۔ (۱) پہلے فخذ کو خط وسطانی سے بعید کریں (۲) اس کے بعد منقبض اور بعید کریں (۳) پھر اس کو پھیلاتے جائیں اور ساتھ ہی باہر کی جانب موڑتے بھی جائیں (ان حرکات کے بعد اس الفخذ حق الورک میں داخل ہو جائیگا۔ اگر ایسا ہو جائے تو ان حرکات کو مکرر کر رہے کریں یہاں لے اور نرز ہڈا لے سے تھڑ +

تک کہ آپ کو پورا یقین ہو جائے کہ اس انفخہ حق الورک میں اچھی طرح داخل ہو گیا ہے۔ اس کے بعد ران کو اسی وضع میں لازوق کے ذریعہ قائم کر دیں۔

(۳) چھ مہینے کے بعد ٹانگ کو بتدریج خط وسطانی کے قریب لانے کی کوشش کریں۔

عمل چھوٹا پانچ چھ سال بعد کی عمر کے بچوں میں حسب ذیل عمل کیا جاتا ہے۔ جسے ”عمل ہونا“ کہتے ہیں۔

مریض کو بے ہوش کر کے مفصل کو بذریعہ دستکاری کھولیں، حق الورک کو کشادہ اور بڑا کریں اور اس انفخہ کو چھیل کر اس طرح بنالیں کہ وہ حق الورک میں درست آ کے بعد ازاں مفصل میں التصاق کو روکنے کے لئے حق الورک کے اندر کسی شنجی یا عضلی خست کا ٹکڑا لگا دیں۔ اور نفخہ کا سر حق الورک کے اندر داخل کر کے زخم کو ٹانگے لگا کر بند کر دیں اور ٹانگ کو وضع بعید میں رکھ کر لازوق کے ذریعہ قائم کر دیں۔ (تین ہفتے کے بعد حرکات قمری حرکات قمری) شروع کریں۔ اس عمل کے بعد اگر ٹانگ چھوٹی نظر آئے تو اس طرف اونچی ایڑی کا جوتا پہننے سے یہ خرابی بالکل رفع ہو جاتی

ہے۔ **خلع مرضی** :- یہ خلع مرضی تیر فی التهاب مفصلی ترقی۔ التهاب غلیظ

۱۔ ہونا آ پریش

۲۔ بے تحاشہ جیکل ڈسلو کے شش

۳۔ آسٹرو آرنڈ الی شش

۴۔ فیدر برکوسس

مفصلی اور مرض شار کوٹ کے دوران میں ہوا کرتا ہے۔ اس کا ذکر
امراض مذکورہ کی بحث میں مفصلاً آئیگا +

(۵) خلوع ضربیہ

اسباب ۱۔ خلوع ضربیہ کے اسباب دو قسم کے ہوا کرتے
ہیں۔ (۱) اسباب سابقہ یا مُعَدَّہ اور (۲) اسباب محرک یا داصلہ +
اسباب تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ) :-
(۱) نوعیت مفصل :- ربیع سفاسل کی بنادت اس قسم کی
ہوتی ہے کہ ان میں خلع آسانی ہو سکتا ہے (جیسا کہ مفصل شانہ -
کیونکہ اس میں عین الکلف اور عظم العصد کا سر بڑا ہوتا ہے،
(جس کی وجہ سے وہ حفرہ عین الکلف میں پورے طور سے آ نہیں سکتا)
(۲) مریض کی عمر :- عمر کے اختلاف سے صدمے کے نتائج
مختلف مترتب ہوا کرتے ہیں، چنانچہ بچوں میں صدمے کی وجہ سے اکثر
اوقات ہڈیوں کے سرے (کرا دیں) جدا ہو جایا کرتے ہیں۔ اسی قسم
کا صدمہ اگر جوانوں کی ہڈیوں پر پڑے، تو خلع ہو جاتا ہے، اور
اگر بوڑھے آدمیوں کی ہڈیوں پر واقع ہو، تو کسر پیدا ہو جاتا ہے
(جوان آدمیوں کی ہڈیاں چونکہ مضبوط اور پائدار ہو چکتی ہیں۔ اسلئے
ان میں صدمے کا نتیجہ اکثر خلع ہوتا ہے۔ بوڑھوں کی ہڈیوں میں

۱۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)	۲۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)
۳۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)	۴۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)
۵۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)	۶۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)
۷۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)	۸۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)
۹۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)	۱۰۔ تھابقہ (اسباب مُعَدَّہ)

طبعی طور پر چونکہ بھر بھراہٹ کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس لئے ان میں کسر واقع ہوتا ہے۔ اور بچوں کی ہڈیوں میں چونکہ ابھی پختگی پیدا نہیں ہوتی ہے۔ اس لئے ان میں ان کی ہڈیوں کے سرے (کراولیں) جدا ہو جاتے ہیں)

(۳) مفصل کے گرد عضلات کی کیفیت :- مفصل کے ارد گرد جہاں عضلات خفیف اور کمزور ہوتے ہیں، وہاں خلق کا امکان زیادہ ہوتا ہے۔ کیونکہ یہ وقوع خلق کو روکنے پر بہت کم قدرت رکھتے ہیں۔ (جیسا کہ مفصل شانہ میں) اور اسکے برعکس جہاں عضلات قوی اور دبیر ہوتے ہیں، وہاں اسکا امکان کم ہوتا ہے، کیونکہ ایسے قوی عضلات اپنے تناؤ اور مضبوطی کی وجہ سے مفصل میں انحراف نہیں ہونے دیتے +

(۴) مفصل کی التهابی کیفیت :- مفصل میں بار بار التهاب ہو جانے کی وجہ سے رابطات مفصل ملتبہ ہو کر نرم اور مسترخ ہو جاتے ہیں، جس سے خلق آسانی پیدا ہو سکتا ہے +

اسباب محرکہ :- (۱) اسباب محرکہ میں سب سے اہم صدمہ ہے جو تین قسم کا ہو سکتا ہے :-

(۱) صدمہ واسلہ (۲) صدمہ غیر واسلہ (۳) صدمہ عضلیہ (عضلی کشش) +

اقسام خلق :- خلق کی چند قسمیں ہیں +

(۱) خلق تام (کامل یا مکمل)۔ جبکہ ہڈی کا سر مکمل طور پر اپنی جگہ

ملہ کیلیٹ ڈسک کے شن +

سے نکل جائے +

(۲) غیر تمام (غیر کامل یا غیر مکمل) جبکہ ہڈی کا سر غیر مکمل طور پر نکلے +

(۳) خلع مرکب :- جبکہ عضو مخلوع کی جلد میں جراحت بھی پیدا ہو جائے +

(۴) خلع متضاعف (پیچیدہ) جبکہ بڑے عروق یا اعصاب بھی مجروح ہو جائیں (یا ہڈی کو بھی نقصان پہنچ جائے) +

(۵) خلع کٹھری :- جبکہ ہڈی کے مخلوع سرے کے قریب کسر بھی واقع ہو جائے +

خلع کے عام علامات :- (۱) خلع میں مقامی چوٹ کی علامات پائی جاتی ہیں۔ مثلاً درد۔ ضرب کے نشانات اور ورم جو نرم ساختوں کے کچل جانے کی وجہ سے ہوتا ہے +

(۲) بد وضعی :- جو ہڈیوں سے کھٹک جانے کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔ (۳) مفصل کی حرکات کم و بیش محدود ہو جاتی ہیں +

تشریحی تغیرات :- خلع کے ساتھ جو تشریحی تغیرات پیدا ہوتے ہیں وہ حسب ذیل ہیں :-

مفصل کے رباطات ٹوٹ جاتے ہیں۔ کیس مفصلی اور حوالی مفصل کے عضلات پھٹ جاتے ہیں اور کیس مفصلی سے ہڈی باہر نکل آتی ہے اور ہڈی کے اس طرح سرکنے میں بعض اوقات

۴۵ کپلی کے مڈ ڈسلوکیشن

۴۵ فریکچر ڈسلوکیشن +

۴۵ کیپٹل +

۴۵ ان کیپلیٹ ڈسلوکیشن +

۴۵ کیپوٹ ڈسلوکیشن

مفصل کی غضروفی یا عضلی سطوح پر کسے نہیں واقع ہو جاتا ہے خلع کے پیدا ہونے کے بعد مفصل اور حوالی مفصل کی نرم ساختوں میں خون بھر جاتا ہے۔ قرب و جوار کے عروق اور اعصاب بعض اوقات کھل جاتے یا دب جاتے ہیں۔ بعض اوقات عضو مخلوع جلد کو بھاڑ کر باہر نکل آتا ہے اور خلع کو مرکب بنا دیتا ہے

رد خلع یعنی خلع بٹھانے کی وقتیں :- خلع کے بٹھانے میں جو وقتیں پیش آتی ہیں۔ ان کے اسباب حسب ذیل ہیں :-

(۱) سطوح مفصلی کی وضع :- رکبھی کبھی مفصلی سطحیں ایسی میٹدل اور بد وضع ہوتی ہیں کہ وہ آسانی سے ملائی نہیں جاسکتیں۔ یا ملا دینے کے بعد اپنی جگہ پر قائم نہیں رہتیں) +

(۲) کیس مفصلی اور رباطات مفصل کا حائل ہو جانا :- کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کیس مفصلی یا رباطات مفصل مخلوع کے دونوں سروں کے درمیان حائل ہو جاتے ہیں)

(۳) کشش عضلات :- گاہے عضلات کی کشش عضو مخلوع کو اپنی جگہ واپس آنے سے روکتی ہے۔ یہ آخری وجہ ایسی ہے کہ مریض کو بیہوش کرنے کے بعد زائل ہو جاتی ہے +

خلع کے تغیرات :- خلع واقع ہونے کے بعد اگر اسے یونہی چھوڑ دیا جائے اور اسے بٹھایا نہ جائے۔ تو مفصل اور اس کے حوالی میں حسب ذیل تغیرات ہو جاتے ہیں :

اگر خلع ہونے کے بعد مریض کا (چند ہفتے تک) علاج نہ کیا جائے (تو اس مخلوع جس مقام پر جا کر ٹھہر لگا۔ وہاں کی نرم ساختوں

میں تحریک پیدا کر کے یعنی ساخت کا کیسہ بنالیکا، اور اس طرح اس مقام پر ایک مفصل کا ذب بن جائیگا۔ اور حقیقی مفصلی خضہ کے اندر یعنی ساخت پیدا ہو کر اس کو بھر دے گی۔ حوالی مفصل کے عضلات اور رباطات جو خلق پیدا ہونے کے بعد منقبض ہو جاتے ہیں، اگر زیادہ عرصہ تک اسی صورت میں قائم رہ جائیں تو مستقل طور پر چھوٹے پڑ جاتے ہیں (علاوہ ازیں مخلوع اس اپنی نئی جگہ پر پہنچنے کے بعد اس مقام کے عضلات۔ عروق اور اعصاب میں یعنی ریشوں کے ذریعہ سے التصاق پیدا کر دیتا ہے) اور یہ التصاقات بڑی عروق کو بند کر دیتے ہیں۔ ایسی صورت میں اگر بند رخلع کو بٹھانے کی کوشش کی جائے، تو التصاق کی وجہ سے عروق اور اعصاب کے ٹوٹ جانے کا بہت خطرہ ہوتا ہے +

علاج :- تمام خلوع میں اصول علاج یہ ہے کہ جہاں تک ممکن ہو۔ خلق پیدا ہونے کے بعد بہت ہی جلد بٹھا دینا چاہئے خلق کے بٹھانے میں تین طریقے استعمال کئے جاتے ہیں :-

(۱) دستمال (۲) تمذید اور (۳) عمل جراحی +

(۱) دستمال یا استعمال یہ ہاتھ سے ٹٹول کر خلق کے بٹھانے کا مقصد یہ ہوتا ہے، کہ عظم مخلوع جس راتے سے ہو کر کسکی ہے، اسی راتے سے واپس لائی جائے، مریض کو بے ہوش کرنے کے بعد یہ عمل بہت آسان ہو جاتا ہے، کیونکہ اس سے عضلات کا انقباض جاتا رہتا ہے۔ اور وہ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں +

(۲) تمذید :- اس طریق سے خلق کو درست کرنے کا مقصد

یہ ہوتا ہے، کہ خوب زور سے کھینچ کر عضلی انقباض پر حاوی ہونے کے بعد عضو مخلوع کو اس کی جگہ پر بٹھا دیا جائے۔ عمل تمدید کے لئے ہاتھ تو لیہ یا گھرنی کام میں لائی جاتی ہے۔ تمدید کے وقت اسکی ضرورت ہوتی ہے کہ کوئی دوسرا آدمی مرین کے جسم کو مضبوطی کے ساتھ پکڑے تاکہ مرین دوران عمل میں ہلنے نہ پائے +

خلع کے درست بیٹھنے کی شناخت: جس وقت ہڈی اپنی جگہ پر واپس لوٹتی ہے، اس وقت ایک نمایاں رجحیت سی آواز آتی ہے جس سے سمجھا جاتا ہے کہ خلع اپنی جگہ پر درست بیٹھ گیا ہے۔ اس کے بعد مفصل کی ہڈیاں اپنی طبعی مقامات میں محسوس ہونے لگتی ہیں۔ اور مفصل میں لمبی حرکات ہونے لگتی ہیں +

خلع بٹھانے کے بعد چند روز تک مفصل کو سکون دینا چاہئے حرکات قہری (حرکات قسریہ) اور مالش جلد ہی شروع کر دینی چاہئے + جن خلوع کو چار یا چھ ہفتے گزر گئے ہوں۔ انہیں دستمال یا تمدید سے بٹھانے کی کوشش کرنا اصولاً محفوظ اور بہتر طریقہ نہیں ہے۔ کیونکہ التصاق کی وجہ سے دہاں کے عروق و اعصاب کو نقصان پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر مفصل کا ذب بن جائے اور اس میں حرکات کافی آسانی کے ساتھ ہوتی ہوں۔ اور دہاں در د بھی نہوتا ہو تو مرین کو اسی حالت میں چھوڑ دینا زیادہ بہتر ہے۔ لیکن اگر حرکات محدود ہوں۔ یا مرین اعصاب پر دبائے پڑنے کی وجہ سے درد محسوس کرتا ہو۔ تو ایسی صورت میں عمل جراحی کرنا ضروری ہے **عمل جراحی:** مرین کو بے ہوش کر کے مفصل کو کھولا جاتا

ہے۔ اور عضو مخلوع کو جو دوسری ساختوں سے ملتصق ہو چکا ہو جدا کر کے حفہ مفصل کے اندر داخل کروایا جاتا ہے اگر یہ ممکن نہ ہو تو اس مخلوع کو کاٹ دیا جاتا ہے، کہنی کے نطع میں یہ عمل خصوصیت سے مفید ہے۔ کیونکہ اس سے حرکات کافی آسانی کے ساتھ ہو سکتی ہیں۔ شانہ اور کولہ کے خلع میں بھی یہ عمل زیادہ بہتر ثابت ہوا ہے۔ خلوع مرکبہ کے علاج میں خاص کر یہ کوشش کرنی چاہئے، کہ جراثیمی عدوی نہ ہونے پائے۔ زخم کے ارد گرد جلد کو صاف کر کے اگر مناسب سمجھا جائے، تو زخم کو بڑھا دیا جاتا ہے۔ زیادہ کھلی ہوئی ساختوں کو کاٹ کر علیحدہ کر دیا جاتا ہے۔ بعد ازاں خلع کو درست کر کے اندرونی ساختوں کا معائنہ کیا جاتا ہے کہ اعصاب یا عروق تو زخمی نہیں ہیں۔ اگر ہوں تو مناسب علاج کیا جاتا ہے زخم کو دھو کر کوئی مناسب دوا (مثلاً عصبیدہ، اریسن) لگا دی جاتی ہے۔ اس کے بعد یا تو زخم کو ٹانگے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے، یا اخراج مواد کے لئے کھلا رکھا جاتا ہے، اور پھر اسے بعد میں بند کر دیا جاتا ہے۔ جہاں یخون ہو کہ مفصل میں الصاق پیدا ہو جائیگا۔ وہاں الصاق کے روکنے کا پہلے ہی سے بند و بست کرنا چاہئے +

✓ خلوع خاصہ (مفردات خلوع)

۱۔ فک اسفل کا خلع قدامی

زیرین جبڑے کا خلع قدامی در قسم کے سبب سے پیدا

۱۔ بی۔ آئی۔ بی۔ پیٹ +



تصویر (۱۱۸)

فک اسفل و دنتوں جانب سے ا دکھرایا ہے
اور یہ صورت پیدا ہو گئی ہے۔



تصویر (۱۱۹)

اس صورت میں منہ کی یہ وضع ہوتی ہے
یعنی منہ اس طرح کھلا رہ جاتا ہے۔

ہوتا ہے :

(۱) عضلی تشنج (تقلص) کی وجہ سے، جیسا کہ زور کی جہائی
(تثاؤب) کی حالت میں لگا ہے ہر جاتا ہے +

(۲) زقن یعنی ٹھوڑی کے صدمہ سے، جیسا کہ لگا ہے اُس
وقت ہو جاتا ہے، جبکہ منہ کھلا ہوا ہو، اور ٹھوڑی پر چوٹ لگے +
علاوہ ازیں لگا ہے زیادہ زور سے دانت اوکھیرنے کی حالت
میں فک اسفل اوکھڑ جایا کرتا ہے +

زیرین جبڑے کے نخل کی صورت میں فک اسفل کا لقمہ زائدہ
(تقیہ) صدیہ مفصلیہ سے پھسل کر سامنے کی طرف چلا جاتا، اور حفزہ زوجیہ
میں آ جاتا ہے۔ یہ خلع لگا ہے ایک طرف، اور لگا ہے دونوں طرف
ہو جاتا ہے (مؤخر الذکر زیادہ عام صورت ہے) +

اس خلع کی علامت یہ ہے کہ مریض کا منہ تقریباً ایک قیراط
کھلا رہ جاتا ہے، اور فک اسفل سامنے کی طرف نکل آتا ہے۔ منہ
کی حرکت مثلاً بولنا، اور اسی طرح نکلنا و شوار ہو جاتا ہے، اور رال
ہونٹھ پر بہتی رہتی ہے۔ امتحان کرنے پر فک اسفل کا لقمہ اپنے طبعی
مقام سے آگے محسوس ہوگا، اور اس کی جگہ پر ایک غیر طبعی نشیب
لے لگا +

جب فک اسفل صرف ایک طرف منخلع ہوتا ہے، تو ٹھوڑی
ندرست جانب مڑ جاتی ہے +

۱۵۔ زائگوئے ٹک فاسار حفزہ

(زوجیہ) +

۱۶۔ کانڈائل (لقمہ) +

۱۷۔ ایہ ن شیا آڈی کیورس +

علاج :- مریض کو کرسی پر بٹھایا جائے، عامل اپنے دونوں ہاتھ کے انگوٹھوں پر رومال یا تولیہ اچھی طرح پھیٹ لے، تاکہ انگوٹھوں کو مریض کے دانتوں سے نقصان نہ پہنچے، اور مریض اس کے انگوٹھ کو کاٹ نہ سکے۔ اب دونوں انگوٹھوں کو مریض کے منہ میں داخل کر کے زیرین ڈاڑھیوں کو اتنا دبائے کہ ناک اسفل کا تھمدہ مفصلیہ سے نیچے آجائے، دباؤ کا رخ نیچے اور نیچے کی طرف ہونا چاہئے۔ اسی حالت میں عامل کو چاہئے کہ وہ ہاتھ کی دوسری انگلیوں سے ٹھوڑی کو اوپر اٹھائے، تاکہ تھمدہ مفصلیہ سے پھسل کر اپنی جگہ پر (نقرہ فکیہ میں) واپس آکر بیٹھ جائے۔ رد خلع کے بعد ناک اسفل کو بے حرکت رکھنے اور سکون دینے کے لئے ہفتہ عشرہ تک عصا بہ رباعیۃ الاذناب (چار سروں والی بیٹی) سے باندھ دیا جائے، اور غذا میں شوربہ اور دودھ وغیرہ جیسی سیال چیزیں دی جائیں +

گاہے رد خلع کے وقت بے ہوش کرنے کی ضرورت پیش آجاتی ہے +

نک اسفل کا خلع خلفی اور علوی شاذ و نادر وقوع پذیر

ہوا کرتا ہے اور بعض چند مثالیں مل سکی ہیں +



خلع الترقوہ (ہنسلی کی ہڈی کا اوکھڑ جانا)

ترقوہ کے طرف قصی کا خلع | ترقوہ کا طرف قصی یا اندرونی سرا
رباط معین وغیرہ کے استحکام کی وجہ سے بہت کم اوکھڑتا ہے،
اس خلع کا سبب عموماً شانہ کے بیرونی سرے کا ضربہ و سقوطہ شانہ کے
بل گرنا یا اسپر جوٹ لگنا ہوتا ہے، اسی وجہ سے یہ ہڈی زیادہ تر
سانے کی طرف ہٹا کرتی ہے، یعنی اس ہڈی کا اندرونی سرا سانے
کی طرف ٹل جایا کرتا ہے۔ اسی طرح یہ سرا گالے پیچھے کی طرف، اور
گالے اوپر کی طرف سرک جاتا ہے۔ لیکن یہ خلع زیادہ تر نا کمل ہی
ہوتا ہے +

اگر خلع قدیمی ہو یعنی اندرونی سرا سانے کی طرف ٹل گیا ہو
تو علاج یہ ہے کہ شانہ کو باہر اور پیچھے کی طرف کھینچا جائے، اور اسی
اثناء میں ترقوہ کے اندرونی سرے (طرف قصی) کو پیچھے کی طرف
دبایا جائے، تاکہ وہ اپنی جگہ پر لوٹ آئے۔ اس کے بعد لازماً ترقوہ
سے قائم کر کے اسے اس طرح باندھ دیا جائے، جس طرح کسر کی حالت
میں باندھا جاتا ہے +

اگر خلع خلفی ہو، تو چونکہ اس حالت میں تصبہ، مری، اور
گردن کے عروق پر دباؤ پڑتا ہے، اس لئے اسکے مطابق مختلف
عوارض و تکالیف رونما ہوتے ہیں +

علاج ۱۔ خلع قدیمی کی طرح کھینچ کر اصلاح کی جائے، اور اسے علاج

۱۔ اسٹرنل انڈ +

۲۔ رامباؤ ٹانگٹ +

ترقوہ کو باندھ دیا جائے +

خلع علوی یعنی اگر ہڈی کا سوراہ پر کی طرف سرک گیا ہو، تو اصلاح کا طریقہ وہی ہے، جو اوپر بتایا گیا ہے، یا یہ کہ ایک دبیز گدی یا گیند بنا کر بغل کے اندر رکھیں دیا جائے اسکے جراح اپنا گھٹنہ استعمال کرے تاکہ ٹیک کا کام دے، اس کے بعد بازو کو اندر کی جانب (بجانب جسم) دبایا جائے، ایسا کرنے سے شانہ باہر کی طرف کھینچ جاتا ہے +

ترقوہ کے طرف آخرمی کا خلع | عظم الکف کا زائدہ آخرم عموماً سرک کر ترقوہ کے بیرونی سرے کے اوپر یا نیچے آ جاتا ہے، جسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ کتف پر ضربہ یا سقط واقع ہوتا ہے، اسکی علامت یہ ہے کہ ان میں سے کوئی ہڈی غیر معمولی طور پر ابھری ہوئی نظر آتی ہے۔

لے دافع ہو کہ عظم الکف کے دونوں مشہور زائدہ آخرم اور منقار انغراب کی توضیح میں متقدمین اطباء نے بہت اختلاف کیا ہے۔ صاحب بحر الجواہر نے اوپر والے زائدہ کے ساتھ متصل ہوتا ہے (زائدہ منقار انغراب اور دوسرے نچلے زائدہ کو آخرم بتایا ہے، مگر شیخ نے اوپر والے زائدہ کو آخرم اور منقار انغراب لکھا ہے، اور دوسرے کا نام لکھا ہی نہیں۔ مگر میں اب بعض اجاب کے مشورہ کے بعد سننے والے زائدہ کو آخرم لکھ چکا، اور دوسرے کو منقار انغراب اگرچہ "کتاب التشریح" میں بحر الجواہر کی وجہ سے اس کے برعکس لکھا گیا ہے، جس کا حبد یہ تفتیح میں اب سناؤ رکھا جائے گا (طرف آخرمی)۔

اکرویل اندہ +

لے اکرویل (آخرم) +

اسکی اصلاح اگرچہ سہل ہے، لیکن اصلاحی صورت کا قائم رکھنا مشکل ہے۔ چنانچہ اس کے ثبات و قیام کے لئے کئی کونڈاویہ قائمہ پر لا کر لاندہ کی پٹیاں شانہ کی بالائی سطح سے کئی کی زیرین سطح تک چپکائی جاتی ہیں، اور کلائی اور بازو کو معلاق (حائل) میں رکھا جاتا ہے، اور سینے کے ساتھ باندھ دیا جاتا ہے، اگر سیلان (زیغان) بار بار عادیہ کرتا ہو تو کھلی علیت کر کے دونوں ہڈیوں کو تار سے کس دیا جائے ۔

الزخۃ المنکب (مونڈھے کا اوکھڑنا)

یہ بہت کثیر الوقوع ہے، تمام بدن میں جتنے خلوع ہوتے ہیں، اگر سب کو جمع کیا جائے، تو شاید یہ اکیلا ان کے برابر وقوع پذیر ہو کر تہ ہے؛ کیونکہ نفرة الکفت او متعلا ہے، بازو کا سر بہت بڑا ہے، منکب کی وضع معرض آفات ہے، اور بازو کی حرکات بہت وسیع اور قوی ہوتی ہیں، وغیرہ۔ بازو کے مستعد ہونے کے پچھلے ہوئے ہونے، کی حالت میں اگر انسان ہاتھ یا کھنی کے بل گر پڑے، تو عصب کا سر مفصل کتف کے رباط کیسی کے زیرین اور کمزور ترین حصے پر دباؤ ڈال کر اور اسے پھاڑ کر کھل آتا ہے، اور وہ نیچے کی طرف سرک کر بغل میں حفرة الکفت (عین الکفت) کے نیچے آ جاتا ہے۔ اس کے بعد پھر وہی سبب یا قوت، جس نے یہ خلع پیدا کیا ہے، اپنے رخ کے مطابق عصب کے سر کو سامنے یا پیچھے کی طرف ڈھکیل دیتی ہے، یا مریض کی بیقاعدہ نقل و حرکت کی وجہ سے یا ہاتھ کے ذاتی وزن سے یہی صورت پیدا ہو جاتی ہے۔ اسی طرح اگر کھنی یا منکب پر وقوعہ سقطہ ہو، تو

گا ہے براہ ست سامنے یا پیچھے کی طرف خلع ہو جاتا ہے +

علامات :- (۱) شانہ چپٹا ہو جاتا ہے، زائدہ اخرم اور بھر آتا ہے، اور اخرم کے نیچے عضد کے گول سر کی جگہ ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے +

(۲) اعظم العضد کا سر کسی غیر طبعی مقام میں محسوس ہوتا ہے +
(۳) جانب ماؤن کی کھنی پہلو سے ہٹ جاتی ہے، اور جانب ماؤن کا ہاتھ دوسری جانب کے شانہ پر رکھ کر کھنی کو جسم سے ملانا ناممکن ہو جاتا ہے +

(۴) بغل کی اگلی اور پچھلی چٹیں نیچی ہو جاتی ہیں، اور اگر شانہ کی گولائی کو عمودی طور پر ناپا جائے، تو یہ بڑھی ہوئی ہوگی +

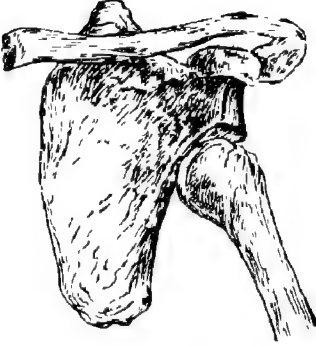
(۵) اگر لکڑی کا سیدھا سطر یا کوئی اور سیدھا ٹنڈا زائدہ اخرم اور بازو کے بیرونی نغمہ پر رکھا جائے تو خلع کی صورت میں دونوں بیک وقت مل جائیں گے، ورنہ طبعی صورت میں، جبکہ عضد کا سر نقرہ کتفیہ کے اندر ہو، یہ ناممکن ہوتا ہے۔ مگر یہ علامت عضد کے عنق تشریحی کے کسر کی صورت میں بھی پائی جاسکتی ہے +

(۶) بازو کی حرکتیں ماؤن ہوں گی، اور مقامی کدم (رَمَق) پایا جائے گا +

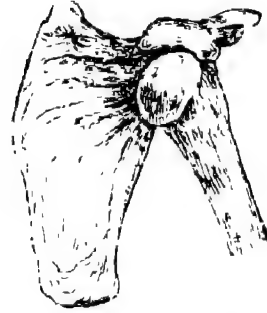
خلع تحت العین (تحت العنابیہ) یعنی جبکہ بازو کا سر عین الکف نامی نشیب کے نیچے آکر ٹھہر جائے۔ شانہ کے خلع میں بازو

لے سب گلی ماؤنڈ سلو کے مشن +

لے عین الکف رگلی ماؤنڈ فاسا کو خفرہ عنابیہ بھی کہا جاتا ہے +



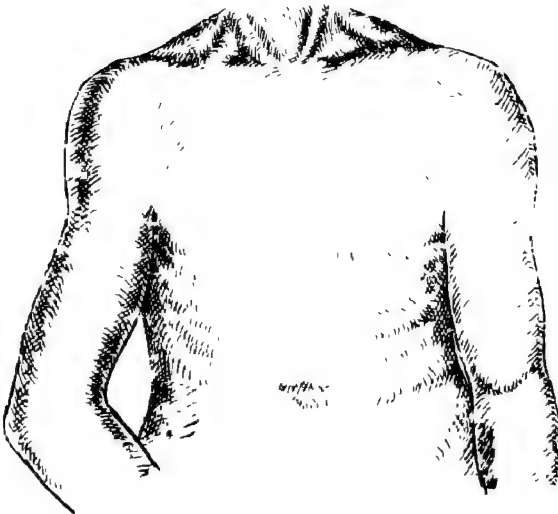
تصویر (۱۲۱)



تصویر (۱۲۲)

موزے کا غل تحت العین (تحت العنابیہ)

موزے کا غل تحت المتقار



تصویر (۱۲۳)

دائیں موزے کا غل تحت المتقار

کاسر اگرچہ ہمیشہ عین الکلف کے نیچے ہی آیا کرتا ہے، مگر یہ نظر کم ہی آتا ہے، اس لئے کہ وہ عموماً وہاں سے منتقل ہو کر دوسری جگہ چلا جاتا ہے۔ جب یہ صورت پیدا ہوتی ہے، تو بازو کا سر بغل میں آکر بغل کے عروق و اعصاب پر دباؤ ڈالتا ہے، اور یہ ٹوٹنے سے بغل میں بسہولت محسوس ہوتا ہے، بازو کی لمبائی بڑھ جاتی ہے، کہنی قدرے متبعض رہتی ہے، اور اعصاب البطیہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے گاہے انگلیاں سُن ہو جاتی ہیں +

خلع تحت المنقار، جس میں عضد کاسر عین الکلف کے سامنے اور زائدہ منقار الخراب کے نیچے آ جاتا ہے، شانہ کے تمام اقسام سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس قسم میں عضد تحت الکلف کا وتر یا ٹوٹ جاتا ہے، یا عضد کے سر پر تناہوا رہتا ہے۔ کہنی پیچھے اور باہر کی طرف ٹل جاتی ہے، اور عضد کاسر ترقوہ کے بیرونی ثلث کے نیچے ٹوٹنے سے محسوس ہوتا ہے +

خلع تحت التر قوہ بہت شاذ ہے، جس میں عضد کاسر خلع تحت المنقار سے زیادہ اندر کی طرف آ جاتا ہے۔ اس قسم میں کہنی باہر کی طرف زیادہ ٹل جاتی ہے، یعنی پہلو سے زیادہ فاصلہ پر رہتی ہے، اور بازو نایاں طور پر جھوٹا ہو جاتا ہے +

خلع تحت السنہ (تحت النیر) بھی قلیل الوقوع (شاذ) ہے، جس میں عضد کاسر حفرة تحت السنہ میں رہتا ہے، اور

۱۔ سب اسپائیٹس ڈسلوکیشن +

۲۔ سب کاریکائیڈ ڈسلوکیشن +

۳۔ سب سیوین ڈسلوکیشن +

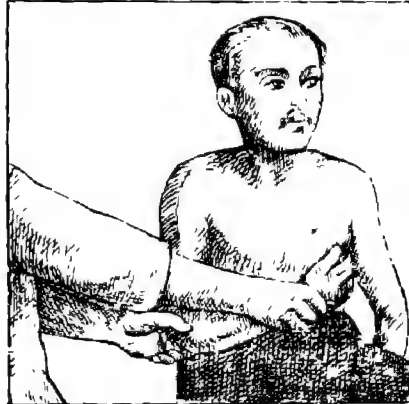
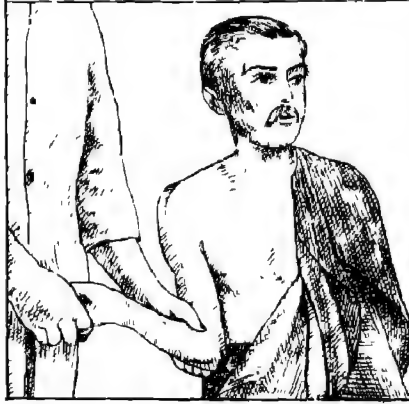
دہان ٹٹولنے سے معلوم ہو سکتا ہے، کہ کئی ٹٹل کر سامنے آ جاتی ہے، اور سینے کے ساتھ بہ سہولت ملائی جاسکتی ہے۔ بازو اندر کی طرف گھوم جاتا ہے، اسلئے ہاتھ جسم کے سامنے آ جاتا ہے۔ شانہ میں سامنے کی طرف نشیب پایا جاتا ہے، بازو کی لمبائی میں اکثر اوقات زیادہ فرق نہیں آتا ہے، اور اگر فرق آتا ہے، تو اسکی لمبائی کی مقدار دراز ہو جاتی ہے +

خلع فوق المتعار بہت ہی قلیل الوقوع ہے، جس میں عضد کا سرا در پیر کی طرف چلا جاتا ہے، اور اس میں زائدہ انحراف یا متعار الغرض ٹوٹ جاتا ہے (عموماً مؤخر الذکر ٹوٹا کرتا ہے)، جب اسے جٹھایا جاتا ہے، تو آواز خشخشہ کے ساتھ آسانی سے بیٹھ جاتا ہے، لیکن احتمال رہتا ہے کہ یہ خلع دوبارہ ٹوٹ آئے +

علاج :- سونڈ سے کے شروع کا علاج دو طور پر کیا جاتا ہے۔
(۱) بِالْعَجْن یعنی دستمال سے؛ (۲) بِالْمَد یعنی کھینچ کر۔
(۱) علاج بِالْعَجْن میں مریض کو بیہوش کرنا بہتر ہوتا ہے؛ داروے بیہوشی کے اثر سے جیسے ہی کہ عضلی انقباض کم ہوتا ہے، اکثر صورتوں میں معمولی اور خفیف تحریکات بھی اصلاح کے لئے کافی ثابت ہوا کرتی ہیں +

طریقہ کا کر :- عامل مریض کے سامنے کھڑا ہو، اور مریض یا بیٹھا ہو، یا سہارا لگائے ہوئے ہو، اور ایک معاون اُسے پکڑے ہوئے ہو، عامل ایک ہاتھ سے منقبض کہنی کو پکڑے، اور خفیف تدریجاً

لے سو پر کار کیا تدریجاً سلویشن +



تصادیر ۱۲۳-۱۲۴-۱۲۵

مونڈھے کے قطع تحت انفار کے بٹھانے کا طریقہ (طریقہ کا کر)

پیدا کرے، اور دوسرے ہاتھ سے قبضہ کو پکڑے اور بازو کو قوت کے ساتھ باہر کی طرف اتنا گھماے، جتنا وہ جاسکے، درانحالیکہ کہنی پہلو کے ساتھ لگی رہے۔ اس وقت کافی طور پر محسوس ہوگا کہ عضلہ تحت الکتف اپنے انقباض کی وجہ سے مقابلہ کر رہا ہے، چنانچہ وہ بازو کو دیر تک اس وضع پر قائم رکھنے سے تھک جائیگا کچھ دیر کے بعد اس عضلہ کا تناؤ کم ہو جائیگا، اور بازو کا سر پھسل کر قدرے نیچے (دبغل کی طرف) آ جائیگا، اور آخر کار گھوم کر اخروم کے نیچے پونچ جائیگا بعض اوقات ردّ فلع کے لئے صرف یہی عمل کافی ہو جاتا ہے لیکن اس سے اصلاح نہ ہوئی، تو کہنی کو قوت کے ساتھ سامنے اور اوپر کی طرف اس حد تک لائیں، جہاں تک وہ جاسکے، درانحالیکہ بازو اب تک پورے طور پر باہر کی طرف گھوما ہوا ہو، پھر بازو کو اندر کی طرف اس طرح گمایا جائے کہ ہاتھ جانب مقابل کے مونڈھے تک پونچ جائے، اور کہنی کو سینے کی طرف لایا جائے، اور مچکایا جائے۔ یہ تمام حرکات قوت اور اطمینان کے ساتھ ہونی چاہئیں، جن میں نامناسب جھٹکے اور زور نہ لگائے جائیں، ورنہ ممکن ہے کہ اس سے عنق جراحی ٹریٹ جائے۔

طریقہ استمہ :- اگر عضد کا سر منتزع ہو کر سامنے کی طرف آگیا ہے، تو عامل کو چاہئے کہ مریض کے سامنے کھڑا ہو، اور مونڈھے کو گرفت میں لے، اگر دایاں مونڈھا ماؤٹ ہے، تو دایاں ہاتھ استعمال کرے، اور اگر بائیں مونڈھا ماؤٹ ہے، تو بائیں ہاتھ؛ گرفت کی اس صورت میں انگوٹھا عضد کے سر پر رہیگا، اور انگلیاں

شاذ پر دوسرے ہاتھ سے وہ بازو کو کہنی کے پاس پکڑے، جو انقباضی صورت میں ہو، اور اسکو کھینچتے ہوئے اور باہر کی طرف گھماتے ہوئے پہلو سے اوپر کی طرف اٹھائے، یہاں تک کہ زاویہ قائمہ بن جائے۔ اب بازو کو قوت کے ساتھ اور مسلسل اندر کی طرف گھمایا جائے، اور اس حالت میں انگوٹھا برابر عضد کے سر کے ساتھ رہے، اور اسے کیس مفصلی کے زیرین حصے کی طرف لانے میں امداد کرتا رہے تاکہ اپنے مخرج کی راہ گزر کر حفرہ میں داخل ہو جائے +

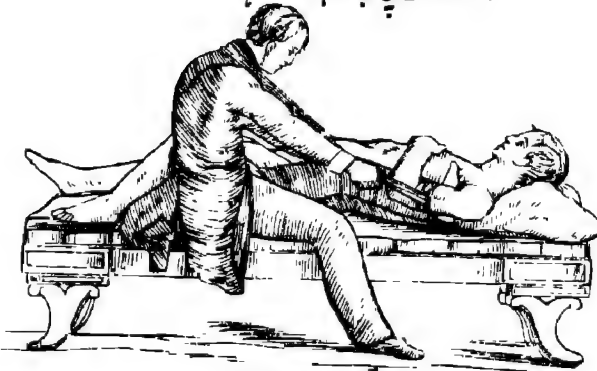
اور اگر عضد کا سرا دکھڑ کر پیچھے کی طرف چلا گیا ہو (حسّٰلِ تحت السنہ)، تو عامل کو چاہئے کہ وہ مریض کے پیچھے کی طرف کھڑا ہو، ایک ہاتھ سے منڈھے کو پکڑے، اور دوسرے ہاتھ سے بازو کو اٹھائے، اور باہر کی طرف گھماتے ہوئے پیچھے کی طرف کھینچے، یعنی بازو کو باہر کی طرف گھمایا جائے، اور آخر کار پہلو کی طرف لایا جائے +

(۲) علاج بالمَلد :- علاج بالمَلد کے طریقے مختلف ہیں، اس طریقہ علاج کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ متصلہ عضلات اور رباطات کو تھکا کر ان کے تناؤ کو کم کر دیا جائے۔ اس کی ایک صورت یہ ہے کہ بازو کو سیدھا نیچے کی طرف کھینچا جائے، مریض کو گدیے کے فرش پر (زمین پر) چت لٹایا جائے، عامل مریض کے سامنے منہ کر کے اس کے ماؤف جانب پہلو میں بیٹھ جائے، اور جوتہ اتار کر دپاؤں ننگا کر کے، اپنی ایڑی مد مقابل کے لئے مریض کے بغل میں لگا دے۔ اس کے بعد مریض کا ہاتھ پکڑ کر بار بار زور سے کھینچے،



تصویر (۱۲۶)

موتی کے قلع کو بٹانے کے لئے چرخ کے ذریعہ
باز کرکھینچا جا رہا ہے۔



تصویر (۱۲۷)

مریض کے ہاند کو رومال سے باندھکر عامل اسے اپنی
گردن اور بغل میں سے گزار کر اردو دونوں ہاتھوں سے
پکڑ کر کھینچ رہا ہے، دراصل ایک اس کی ایڑی مریض کے
بغل میں قائم کر دی گئی ہے۔

یہاں تک کہ عضلات تنک کر ڈھیلے پڑ جائیں، اور ہڈی کا سر مفصل کے اندر داخل ہو جائے +

اس کی ایک دوسری صورت یہ ہے کہ عامل بجائے ایڑی کے اپنا گھٹنہ ”ٹیک“ کے طور پر استعمال کرے، مریض کو کرسی پر بٹھایا جائے، اور ایک مددگار ہاتھ کو پکڑ کر زاویہ قائمہ پر باہر کی طرف کھینچے، اور دوسرا مددگار مد مقابل کے طور پر مریض کو پکڑے رہے اور شانہ کی ہڈی کو قائم رکھے +

علاج مابعد - پورے بازو کو پہلو کے ساتھ باندھ دیا جائے (تعصیب)، اور اسی حالت میں ہفتہ عشرہ رکھا جائے، تاکہ جو خون مُنصَب ہو چکا ہے، وہ جذب ہو جائے، اور کیس مفصلی کا رخ نہ بند ہو جائے۔ اسکے بعد بازو کو سعلق (حائل) میں رکھا جائے، اور خفیف تحریکات (حرکت تبعیدی کے سوا) کی اجازت دی جائے حرکت قبض، بسط، اور حرکت دوریہ بتدریج کرائی جائیں، اور سب سے آخر میں حرکت تبعیدیہ۔ اگر دیگر عوارض شریک نہیں ہیں، تو امید ہے کہ تین چار ہفتہ میں بازو کے حرکات اپنی پوری وسعت تک ہو سکیں گے +

کسر شریکی - اگر مین الکلف کے زیرین کنارے کا کسر بھی شریک خلع ہو تو مزید احتیاط کے ساتھ ایک طویل عرصہ تک بازو کو بے حرکت رکھنے (تثبیت) کی ضرورت ہے، تاکہ مرض کا اعادہ بار بار نہ ہو۔ اگر بڑے حد بہ کا کسر شریک خلع ہو تو عضد کے سر کو اپنی جگہ بٹھا کر بازو کو وضع تبعیدی میں قائم کیا جائے، تاکہ سطوح کسریہ

ایک دوسرے سے قریب رہیں۔ ایسی حالت میں یہ دیکھنے کے لئے
عکس ریز بہت ضروری ہے کہ عضد کے سر اور ٹوٹے ہوئے ٹکڑے کی
وضع کیا ہے۔ اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو کھلی علیت کر کے حد بہ کو بیچ
یا استخوانی پچھر سے قائم کر دیا جائے ۴

خلع المرفق (کنی کا اوکھڑ جانا)

مفصل مرفق کا خلع قلیل الوقوع نہیں ہے، اور دونوں قسم کے
صدومات واصلہ اور غیر واصلہ سے ہو کرتا ہے۔ یہ زیادہ تر نوجوانوں
میں ہو کرتا ہے۔ اگر اسے قبل حدوث ورم جلد ہی معائنہ کرنے کا
موقع مل جائے، تو استخوانی بلندیوں کی رہبری سے اور ان ہڈیوں
کے درجہ حرکت سے تشخیص آسانی سے ہو جاتی ہے۔ اسی لئے
شبہ کی حالت میں عکس ریز سے عکس لینا ضروری ہے ۵

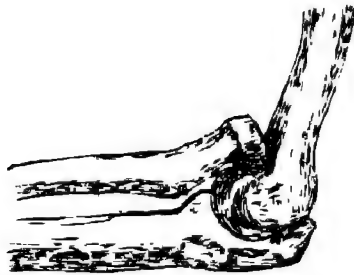
را، زندین کا خلع | اس کی تین قسمیں ہیں۔ پیچھے کی طرف سامنے کی
طرف، اور پہلوی جانب ۶

قسم خلفی۔ جس میں دونوں ہڈیاں پیچھے کی طرف سرک جاتی
ہیں، یہ قسم سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس میں زائدہ مقدار
عموماً سلامت رہتا ہے، اور پیچھے جا کر حفرة مرفقیہ میں پھنس جاتا ہے
کلائی نیم انقباضی صورت میں ہوتی ہے، اور زائدہ مرفقیہ اور زائدہ
اعلیٰ کنی کے جوڑ کے پیچھے کی طرف او بھر آتا ہے اس ادبھار سے اوپر
کی طرف ریب نشیب بن جاتا ہے، عضد کا زیرین سرا سامنے کی طرف
نکلا ہوا معلوم ہوتا ہے، اور مٹریان اور دوسری نرم ساختیں سرک کر



تصویر (۱۲۸)

نزدِ یُن کے خلع خلفی کے بٹھانے کا طریقہ



تصویر (۱۲۹)

نند اعلیٰ کا خلع قدامی

سامنے کی طرف آجاتی ہیں۔ زائدہ مرفقیہ کی چوٹی خط بین اللقتین سے نیچے ہونے کی بجائے اوپر ہو جاتی ہے *۔

قسم قد امی، جس میں کلائی کی دونوں ہڈیاں ٹلکر سامنے کی طرف آ جاتی ہیں، مرفق کے کسر کے بغیر بہت شاذ ہے۔ اس قسم میں کلائی کی لمبائی بڑھ جاتی ہے (گاہے ایک قیراط تک بڑھ جاتی ہے)، اور یہ انقباضی صورت میں ہوتی ہے۔ زائدہ مرفقیہ ٹوٹ جانے کے بعد بازو پر پھیلی طرف چڑھ جاتا ہے، اور اگر نہ ٹوٹے، تو حفزہ منقارہ میں پھنسا رہتا ہے *۔

قسم جانبی، جس میں دونوں ہڈیاں باہر یا اندر کی طرف سرک جاتی ہیں، تقریباً ہمیشہ نامکمل ہوا کرتی ہے، اور یہ صورت کسر کے بغیر کثیر الوقوع بھی نہیں ہے۔ تشخیص کے لئے استخوانی بلند یوں کا امتحان کیا جائے، اور اگر ضرورت ہو تو ٹکس ریز سے مدد لی جائے۔

(۲) تنہا زندا سفلی کا خلع | جس میں زندا سفلی پیچھے کی طرف ٹل جاتی

ہے اس خلع کی محض یہی ایک صورت ہے، یہ صدمات و اعضاء وغیرہ

دونوں سے وقوع پذیر ہو سکتا ہے، اور بہت قلیل الوقوع ہے۔

زائدہ مرفقیہ کہنی کی پشت پر طبعی حالت سے زیادہ نمایاں اور بلند

نظر آتا ہے، مگر کلائی کی لمبائی میں کوئی فرق نہیں آتا *۔

علاج :- مذکورہ بالا تمام خلوع کے علاج میں صرف اس قدر

ضرورت ہے کہ پینسی ہوئی استخوانی بلند یوں کو آزاد کر دیا جائے

تاکہ یہ عضلی انقباض سے خود بخود اپنی جگہ پر آکر بیٹھ جائیں۔ اس کی

صورت یہ ہے کہ مریض کو بٹھایا جائے، عامل اپنا گھٹنے کہنی کے موٹ

میں عضد کے زیرین سرے کے مقابل رکھ کر پیچھے کی طرف دبائے، اور اسی حالت میں وہ مریض کے قبضہ کو پکڑ کر بتدریج مگر قوت کے ساتھ کلائی کو موڑے۔ ایسا کرنے سے کلائی کی ہڈیاں کھینچتی ہیں، جو آخر کار اپنی جگہ آکر میٹھ جاتی ہیں۔ اس عمل کے بعد بازو زاویہ قائمہ پر موڑ کر کم از کم دو تین ہفتہ تک بے حرکت رکھا جائے (مُعَصَّرَب) کر دیا جائے، تاکہ جو ساختیں مجرد ہو گئی ہیں، ان کو اندمال و التھام کا موقع ملے، اور تاکہ عضد عضد یہ مقدمہ کے جوہر میں التھام بے عضلی عظمیٰ کے وقوع کا احتمال کمتر ہو جائے۔ جو گاہے ضرب کی وجہ سے اس میں پیدا ہو جاتا ہے +

(۲۱) تنہا زندا علی کا خلع | یہ تین صورتوں میں ہو سکتا ہے، سامنے کی طرف (قدامی)، پیچھے کی طرف (ظلفی)، اور باہر کی طرف (دخی) +

قسم قدامی ہی عموماً ملا کرتی ہے، علی انحصاراً پچوں میں، اسکے وقوع کے متعدد اسباب ہیں، مثلاً یہ کہ (۱) انسان ہاتھ کے بل گرے، درانحالیکہ اسکی کلائی پورے طور پر حالت انبطاح میں (چپٹ) ہو؛ (۲) یا یہ کہ ہاتھ کو سختی کے ساتھ کھینچا جائے؛ (۳) یا یہ کہ براہ راست کوئی آفت کہنی کے پچھلے اور بیرونی حصے پر ہو پچھ

اس خلع میں زندا علی کا سر اس نشیب میں رہتا ہے جو لقمہ زندیہ سے اوپر واقع ہے، جس سے کہنی کا انقباض ناممکن ہو جاتا ہے۔ نیز عضد کے بیرونی حدبہ کے ٹھیک نیچے (پیچھے کی طرف) ایک نشیب بن جاتا ہے۔ کلائی کسی قدر انقباضی صورت میں قائم ہوتی ہے،

لہ کیوں گئے لم

لہ مایوسائی ٹس آسی کی کنس +

اور یہ جیت پٹ کے درمیان ہوتی ہے +
 علاج ۱۔ مریض کو بیہوش کر کے کہنی کو اتنا موڑا جائے کہ زادیہ
 قائمہ بن جائے، اس کے بعد کلائی کو کھینچ کر زندا علی کو پیچھے کی طرف
 دبا دیا جائے۔ رد خلع کے بعد کہنی کو انقباضی حالت میں چند ہفتہ تک
 باندھ کر بے حرکت رکھا جائے، اس لئے کہ رباط محیط کے ٹوٹ جانے کی
 وجہ سے اعادہ مرض کا اندیشہ ہوتا ہے +

قسم خلفی اور وحشی دونوں قلیل الوقوع ہیں۔ پہلی صورت
 میں زندا علی کا سر عضد کے عقدہ وحشیہ کے پیچھے مرفق کے بیرونی
 پہلو پر ہوتا ہے، جہاں وہ کلائی کے گھمانے سے محسوس ہوتا ہے۔ اسکا
 علاج یہ ہے کہ کلائی کو موڑا جائے، اور اسے جیت کیا جائے۔ اس طرح
 اگر یہ درست نہ ہو، اور اسی طرح بد وضعی میں قائم رہ جائے، تو زیادہ
 تکلیف نہیں ہوتی۔ دوسری صورت (خلع وحشی) میں زندا علی کا سر ٹل کر
 عقدہ وحشیہ سے باہر کی طرف چلا جاتا ہے، جہاں وہ محسوس ہو سکتا ہے
 اس نوع خلع میں کلائی کی حرکت میں بہت خرابی آ جاتی ہے۔ اس کا رد خلع
 (اصلاح) بہت آسان ہے، یا اگر ضرورت ہو تو اسکا سر کاٹ کر خارج
 کر دیا جائے +

خلع کی ایک بہت ہی نادر قسم بھی ہے، جس میں زندا اسفل پیچھے
 کی طرف، اور زندا علی سامنے کی طرف چلی جاتی ہے، جس سے ایک
 بہت ہی بُری شکل پیدا ہو جاتی ہے +



مرقہ تجرور

جب بچہ گر پڑتا ہے، اور اسے بے احتیاطی کے ساتھ ہاتھ پکڑ کر اٹھایا جاتا ہے، تو زندا علی کا سر اگرچہ رباط محیط سے باہر تو نہیں نکل آتا، مگر اتنا کھینچ جاتا ہے کہ جب یہ اپنی جگہ کی طرف واپس ٹوٹتا ہے، تو غشاء زلالی کی چنٹ زندا علی کے سر اور نچہ زندیہ کے درمیان آکر دب جاتی ہے، جس سے سخت درد ہوتا ہے، اور بچہ اس میں ہاتھ لگانے نہیں دیتا۔ اس حالت میں کلائی قدرے انقباضی صورت میں قائم ہو جاتی ہے اور ہاتھ چیت ہوتا ہے، یہ صورت عموماً چار سال سے کم عمر کے بچوں میں پیدا ہوتی ہے +

علاج: کلائی کو پہلے پورے طور پر چیت کیا جائے، پھر پٹ کیا جائے، اسکے بعد پورے طور پر اسے منقبض کیا جائے، اور پھر منبسط کیا جائے، ایسا کرنے سے غشاء زلالی کی چنٹ ہڈیوں کے درمیان سے نکل آتی ہے، اور کوئی تکلیف قائم نہیں رہتی +

یہاں اب تک جو کچھ بیان ہوا ہے، وہ محض خلع کا ہے، لیکن یہ واضح رہے کہ مرقہ کے خلوع کے ساتھ مختلف قسم کے عوارض ملا کرتے ہیں، مثلاً ایک یا دونوں عقدوں کا کسر، جو تشخیص و علاج میں دشواری پیدا کر دیتے ہیں +

خلع الرسخ (قبضہ کا اوکھڑ جانا)

قبضہ کا خلع گا ہے سامنے کی طرف اور گا ہے پیچھے کی طرف

لے پلڈا لبو (مرقہ تجرور) +

ہوتا ہے، مگر اسکا خلع شاذ و نادر وقوع پذیر ہوا کرتا ہے۔ اس میں زندا علی واسفل کے زیرین سرے جلد کے نیچے ادبھرتے ہیں، اور ان ٹہریوں کے زوائد ایریہ اپنے طبعی وضع متناسب پر قائم رہتے ہیں، یعنی ان دونوں کی وضع میں جو باہمی مناسبت اور مسافت ہے، وہ قائم رہتی ہے، اسی علامت کی وجہ سے یہ خلع کسر کو لے آسانی متاثر ہو جاتا ہے +

علاج ۱۔ رد خلع بر آسانی ممکن ہے۔ اس کے بعد ہاتھ کو کچھ عرصہ تک بے حرکت رکھا جائے +

مختلف عظام رسیغیہ کو خلوع

یہ خلوع بہت کم پائے جاتے ہیں۔ ان ٹہریوں سے لگا ہے عظم کبیر نیچے کی طرف ٹل جاتی ہے، جس سے جلد کے نیچے ایک گول سی بلندی بن جاتی ہے، اور جو انقباض (قبضہ کے موڑنے) کے وقت بڑھ جاتی ہے، اور انبساط کے وقت گٹا ہے غائب ہو جاتی ہے۔ یہ خلع بھی بر آسانی بٹھایا جاسکتا ہے، لیکن اعادہ کا اندیشہ بہت زیادہ ہے۔ اگر تکلیف دہ صورت پیدا ہو جائے، تو ہڈی کو نکال لیا جائے +

عظام مشطیہ اور سلا میا کے خلوع

یہ زیادہ کثیر وقوع نہیں ہیں، نیز آسانی سے بچھلنے جاسکتے اور آسانی سے بٹھائے جاسکتے ہیں، البتہ انگوٹھے کے پہلے پور

لے اسٹیل ٹیپ اسسٹر

سلاخی کا خلع ظفی گا ہے مشکلات پیدا کر دیتا ہے، کیونکہ عضلہ قابضہ طویلہ کا زیر عظم مشطی کی گردن کے گرد لپٹ جاتا ہے، اور انگلار رباط مفصلی پیچھے کی طرف چلا جاتا ہے، اور عظم مشطی کے سر کے پیچھے رہتا ہے۔ یہ خلع اس وقت پیدا ہوتا ہے، جبکہ انگوٹھے کو غیر معمولی طور پر پھیلا یا جائے جیسا کہ کسی دوسرے آدمی کو دھکیلنے کی صورت میں ہو سکتا ہے، یا اس وقت ہو سکتا ہے جبکہ کوئی دوسرا آدمی انگوٹھے کو پکڑ کر زور سے مروڑے۔ علاج :- پہلے انگوٹھے کو کسی مناسب سامان سے پکڑ کر اور زیادہ پھیلا دیا جائے، یہاں تک کہ عظم مشطی کے ساتھ زاویہ قائمہ بن جائے، اسکے بعد انگوٹھے کو کھینچتے ہوئے تیزی کے ساتھ موڑ دیا جائے (قبض کی صورت میں موڑ دیا جائے)، اور اس حالت میں عظم مشطی کو انگوٹھے کی طرف دبایا جائے۔ اگر اس تدبیر سے کامیابی نہ ہو تو پاک صاف چاقو سے رباط مفصلی (مقدم) کو کاٹ دیا جائے، اور مفصل کو بٹھا دیا جائے۔ رباط کے کاٹنے کی صورت یہ ہے کہ دونوں ہڈیوں کے درمیان (پہلے پوروے کے قاعدہ کے ٹھیک اوپر) پیچھے کی طرف سے چاقو داخل کر کے عظام سسانیہ کے درمیان رباط کو کاٹ دیا جائے۔

خلع الورک (کو لھے کا اوکھر جانا)

یہ شاذ و نادر پیدا ہوتا ہے، اور ہمیشہ نوعمروں اور نوجوانوں میں صدمہ غیر واسلہ کے نتیجہ میں رونما ہوا کرتا ہے۔ سن رسیدہ لوگوں میں (۴۵ سال کے بعد) ایسے صدمات سے بجائے خلع پیدا ہونے کے اعتقاد فقذ کا کسر ظاہر ہوتا ہے۔ چونکہ حق الورک کا زیرین حصہ اوٹھلا

(کم گرا) ہے، اور زیرین اور پچھلے حصے کے رباطات کمزور ہیں، اسلئے خلع کی صورت میں عظم الفخذ کا سر اکثر اسی مقام سے نکل جاتا ہے۔ رباط حرفی فخذی (خاصری فخذی) جو کہ جوڑ کے سامنے کی طرف واقع ہے، سارے بدن کے رباطات سے زیادہ مستحکم ہے، اسلئے اکثر اوقات یہ نہیں ٹوٹتا، چنانچہ ایسے خلوع کو منتظمہ کہا جاتا ہے، اور جب یہ رباط ٹوٹ جاتا ہے، تو اسے غیر منتظمہ کہتے ہیں۔ عضلہ سادہ باطنہ کا وتر بھی خلوع خلفیہ کی تقسیم میں اہمیت رکھتا ہے، چنانچہ عظم الفخذ کا سر اس رباط کے نیچے واقع ہو، تو اسے قسم دور کی کہتے ہیں؛ اور اگر اس سے اوپر ہو تو قسم ظہری +

خلع الورک کی چار بڑی قسمیں ہیں، ان میں دو اگلی ہیں، اور دو پچھلی۔ اگلی دونوں قسمیں (۱) خلع سادہ (۲) خلع ثانی ہیں؛ اور پچھلی دونوں قسمیں خلع ورکی اور خلع ظہری۔ ان چاروں میں سے قسم ظہری کثیر الوقوع ہے، اور قسم ثانی قلیل الوقوع +

ان چاروں اقسام میں فخذ کا سر رباط کیسی (کیس مفصلی) کے زیرین اور پچھلے حصے سے باہر نکل آتا ہے، جس کے دو اسباب ہو سکتے ہیں؛ ایک یہ کہ مریض ایسی حالت میں گرے کہ اس کی ٹانگ وضع بعید لے لے (دایرہ لگنٹ) (دایرہ لگنٹ) لگنٹ + لے ڈاؤن لگنٹ +

۲۵ ریکورڈ سولیشنر + ۲۶ ایڈریٹیزیراٹی +

۳۵ ایڈریٹیزیراٹ + ۳۶ پیوہک ویراٹی +

۴۵ ایڈریٹیزیراٹ + ۴۶ کیپ شول +

۵۵ شیاٹک ویراٹی +

ہیں ہو، دوم یہ کہ ٹانگ کو زور کے ساتھ بعید کر دیا جائے کیس مفصلی سے جب انحراف کا سر باہر نکل آتا ہے، تو اسی صدمہ (زور) کے رخ کو لحاظ سے سامنے یا پیچھے کی طرف انہی مذکورہ بالا چاروں مقامات میں سے کسی ایک مقام میں چلا جاتا ہے۔ چنانچہ اگر ٹانگ اندر کی طرف گھوم جائے، اور منقبض ہو جائے، تو ہڈی کا سر پیچھے کی طرف چلا جائیگا، اور قسم در کی یا ظہری پیدا ہو جائے گی؛ اور اگر ٹانگ باہر کی طرف گھوم جائے، اور پھیلی ہوئی ہو، تو سر سامنے کی طرف چلا جائیگا، اور قسم سادہ یا عانی پیدا ہو جائیگی۔ قسم ظہری کے وقوع پذیر ہونے کے لئے یہ ضروری ہے کہ یا تو عضلہ سادہ باطنہ کا وتر ٹوٹ جائے، یا ہڈی کا سر اسکے سامنے سے پھسل جائے۔ اگر ٹانگ کے وضع تقریبی میں ہونے کے باوجود خلع پیدا ہو جائے، تو اکثر اوقات یہ ضروری ہے کہ اسکے ساتھ حق الورک کا پچھلا لب (پچھلا حصہ) ٹوٹ گیا ہے۔

(۱) خلع ظہری :- اس خلع میں عظم الفخذ کا سر غاصہ کی پشت پر حق الورک سے کم و بیش اوپر اور پیچھے، اور سادہ باطنہ کے وتر کے اوپر رہتا ہے۔ یہ ٹوٹنے سے محسوس ہو سکتا ہے، اگرچہ فربہ لوگوں میں یہ دشوار ہے، خواہ یہ فربہ ہی شمی ہو، یا سخی۔ رباط مستدیر اور کیس مفصلی ٹوٹ جاتا ہے۔ ٹانگ وضع انقباضی اور تقریبی میں ہوتی ہے، اور اندر کی طرف گھوم جاتی ہے۔ ماؤف جانب کا انگوٹھا تندرست پاؤں کے قوس انمضی کے اوپر کی بلندی (غلط) پر ہمارے دکاتا ہے۔ طرہ و ناظر اعظم خط نیلے ٹن سے بلند تر اور بمقابلہ تندرست

لہ انس ٹپ + ملہ خط نیلے ٹن وہ طہر جو شوکہ مقدمہ علیا سے حدیہ و کر کے بلند تر
مقام تک کہینا جائے +

جانب کے شوکہ مقدمہ علیا سے قریب تر ہو جاتا ہے۔ ٹانگ کی لمبائی دو تین قیراط کم ہو جاتی ہے، اور جوڑکے سامنے ایک غیر معمولی نشیب پیدا ہو جاتا ہے +

(۲) خلع ورکی (عجری ورکی)۔ اس خلع میں فخذ کا سر ٹکڑہ عجریہ ورکیہ (ٹکڑہ ورکیہ) میں رہتا ہے۔ اس خلع کی علامتیں تقریباً وہی ہیں جو خلع نلہری میں پائی جاتی ہیں، لیکن اس خلع میں طول کی کمی اتنی نہیں آتی، جتنی وہاں آتی ہے؛ چنانچہ اس خلع میں عموماً ٹانگ لمبے سے ایک قیراط تک چھوٹی ہو جاتی ہے۔ ماؤنٹ جانب کا انگوٹھا جانب مقابل کے انگوٹھے کی جڑ کے پاس رہتا ہے۔ سرین کے عضلات کی دیانت کی وجہ سے عموماً ہڈی کا سر زیادہ نمایاں نہیں ہوتا +

دو توں خلوع کا علاج۔ مریض کو بیہوش کیا جائے، گڈے پر بٹایا جائے، وضع تقریبی کی حالت میں پنڈلی اور ران کو موڑا جائے۔ ایسا کرنے سے فخذ کا سر حق الورک کے نیچے آ جاتا ہے۔ اسکے بعد گھٹنے کو باہر کی طرف گھماتے ہوئے سیدھا پھیلا دیا جاتا ہے۔ ایسا کرنے سے فخذ کا سر اسی رگنڈر کے ذریعہ، جس سے یہ خارج ہوا تھا، حق الورک کے اندر داخل ہو جاتا ہے +

اگر اس طریقے سے کامیابی نہ ہو تو جسم کو قائم کر کے اور فخذ کو منقبض کر کے سیدھا اوپر کی طرف کھینچا جاتا ہے۔ عموماً اس سے کامیابی ہو جاتی ہے؛ اگر نہ ہو تو تمدید کے لئے ڈوری اور گھرنی استعمال کی جائے۔

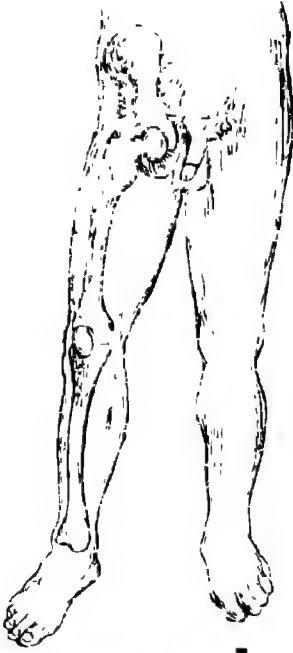
۱۰ سیکڑ شیاٹک نانج +

۱۱ شیاٹک نانج +

(۳) **خلع لثاوی** رقبہ سادہ کی طرف منسوب)۔ فخذ کا سر رقبہ سادہ (رقبہ عانیہ) میں ہوتا ہے، جو مریض کے عجان (سیون) کے مقام میں ٹٹولنے سے محسوس ہوتا ہے، ٹانگ باہر کی طرف قدرے گھومی ہوئی، خط وسطانی سے دور اور انقباضی صورت میں ہوتی ہے، اس کی لبائی بڑھ جاتی ہے، جسکی حرکات ہے دو قیراط تک ہوتی ہے۔ پاؤں کی انگوٹھا رخ باہر کی طرف ہو جاتا ہے۔ جب مریض کھڑا ہوتا ہے، تو جسم سامنے کی جانب جھک جاتا ہے۔ عصب سادہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے اس خلع میں درد بہت شدید ہوتا ہے، اس خلع میں عضلات مقربہ اور شطیہ بہت تنے ہوئے ہوتے ہیں، اب بعض اوقات پھٹ جاتے ہیں۔ رباط مستدیر ٹوٹ جاتا ہے۔ طردخا نظیر طبعی حالت سے کم نمودار رہتا ہے، اور اس کی اصلی جگہ میں ایک نشیب پیدا ہو جاتا ہے +

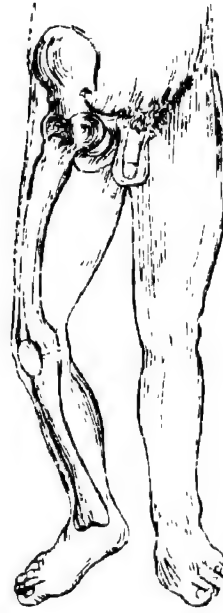
(۴) **خلع ثانی**۔ اس خلع میں فخذ کا سر عظم العانہ کے آٹے یا نقی شعبہ پر رہتا ہے۔ اور یہ ٹٹولنے سے خاصہ کے شرکہ مقدمہ سفلی سے نیچے محسوس ہوتا ہے۔ ٹانگ نمایاں طور پر تجمیدی وضع میں اور باہر کی طرف گھومی ہوئی ہوتی ہے، حتیٰ کہ اندرونی سطح سامنے نظر آتی ہے مگر انقباض خفیف ہوتا ہے۔ عصب فخذی مقدمہ پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے درد شدید ہوتا ہے۔ ٹانگ کی لبائی ایک قیراط تک کم ہو جاتی ہو ران کے بیرونی گھمانے والے چھوٹے عضلات (رباستشار سادہ بالٹن) عموماً مجروح ہو جاتے ہیں۔ رباط مستدیر اور رباط کیسی پھٹ جاتے ہیں۔ مفصل ورک نمایاں طور پر چپٹا ہو جاتا ہے، اور طردخا نظیر خط

لہ اٹورے ٹرڈسلو کے شن + لہ چوبک ڈسلو کے شن +



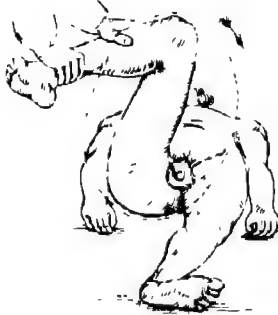
تصویر (۱۳۴)

مفصل درک کا خلع سادی



تصویر (۱۳۵)

مفصل درک کا خلع عانی



تصویر (۱۳۶)

مفصل درک کے خلع قدامی کے بٹھانے کا طریقہ

دستانی سے قریب تر آجاتا اور قدرے بلند ہو جاتا ہے +
علاج :- خلع سادی اور مانی کا علاج اسی طریقے سے کیا جاتا ہوگا جس طرح کہ خلوع موخرہ کے لئے بتایا گیا، سوائے اسکے کہ اس دونوں قسموں میں ران کو وضع تبعیدی میں منقبض کرنے کیلئے گھٹنے کو اندر کی طرف گھما کر ٹانگ کو پھیلا دیا جاتا ہے۔ اگر کوئی معادن اپنے ہاتھوں سے اثنائے عمل میں خلع کے سر کو پیچھے کی طرف دباوے، تو اس سے ردّ خلع میں امداد ملتی ہے +

خلع البورک کے تمام اقسام میں ردّ خلع کے بعد مریض کے لئے ضروری ہے کہ وہ ایک ہفتہ یا دس روز تک بستر پر اس طرح لیٹا رہے کہ اسکی دونوں ٹانگیں ایک دوسرے سے بندھی ہوئی رہیں، اس کے بعد حرکات قسریہ یا ذاتیہ کی اجازت دی جائے، مگر وہ بھی بہت احتیاط کے ساتھ، درانحالیکہ مریض بستر ہی پر ہے۔ تین ہفتہ تک کھڑے ہونے یا چلنے کی کوشش نہ کرے +

اس خلع میں اصلاح کے بعد عموماً ٹانگس (اعادۂ مرض) انہیں ہوا کرتا، لیکن اگر اتفاقاً دوبارہ عود کر آئے، تو سمجھنا چاہئے کہ حق البورک کا پچھلا کنارہ اوٹ گیا ہے۔ چنانچہ جب یہ صورت ہوتی ہے تو بعض اوقات اصلاح خلع کے بعد فوراً آواز خشخش کے ساتھ خلع عود کرتا ہوگا بعض اوقات اسکے علاوہ اعادۂ خلع کے دوسرے اسباب بھی ہو سکتے ہیں، مثلاً مریض کے بعض غیر ارادی حرکات وغیرہ۔ ایسی صورت میں خلع کو دوبارہ درست کیا جائے، ٹانگ کو وضع تبعیدی میں زیادہ عرصہ تک بے حرکت رکھا جائے، تمدید کے لئے

وزن نکایا جائے، اور مناسب جبیرہ استعمال کیا جائے +

معدنہ خلع الرضفہ (گھٹنے کی ہڈی کا اوکھڑنا)

رضفہ اکثر اوقات باہر کی طرف، اور گاہے اندر کی طرف اوکھڑتا ہے۔ علاوہ ازیں شاذ و نادر طور پر دوسری صورتیں بھی نمودار ہو جاتی ہیں مثلاً رضفہ کا عمودی طور پر گھوم جانا، اور مثلاً یہ کہ رباط رضفی کے ٹوٹ جانے سے رضفہ اوپر کی طرف کھینچ جاتا ہے۔ رضفہ کا خلع گاہے کامل اور گاہے ناقص ہوتا ہے، خلع تام میں کیس لازمی طور پر پھٹ جاتا ہے، اور خلع ناقص میں یہ ضروری نہیں ہے +

خلع وحشی، جس میں رضفہ باہر کی طرف ٹل جاتا ہے، گاہے عضلی تشنج سے پیدا ہوتا ہے، علی الخصوص اُن لوگوں میں جنکا گھٹنہ اندر کی طرف میلان رکھتا ہو (رکبہ انسیہ)، جیسا کہ بعض اوقات خاص لوگوں میں دیکھا جاتا ہے۔ علی ہذا یہ گاہے صدمہ واسلہ سے بھی لاحق ہوتا ہے اسکا وقوع عموماً اس وقت ہوتا ہے جبکہ ٹانگ پھیلی ہوئی ہو، کیونکہ جب ٹانگ مڑی ہوئی ہوتی ہے تو رضفہ استحکام کے ساتھ ٹلے بین اللقتین پر قائم رہتا ہے۔ جب رضفہ کا خلع تام ہوتا ہے، تو یہ نغمہ کی بیرونی سطح پر پڑا ہوتا ہے، اسکا اندرونی کنارہ اسانے کی طرف نکلا ہوا رہتا ہے، گھٹنہ زیادہ چوڑا اور چپٹا نظر آتا ہے، اور ٹلے بین اللقتین ٹٹولا اور معلوم کیا جاسکتا ہے +

لہ رکبہ انسیہ (جینو و گم) وہ حالت جس میں ایک گھٹنہ یا دونوں گھٹنے اندر کی طرف خمیدہ ہوتے ہیں +

جب اسکا خلع کامل نہیں ہوتا، تو رصفہ کی سطح مفصلی کا اندرونی نصف بیرونی نغمہ کی غصرونی سطح پر پڑا ہوا رہتا ہے، اور رصفہ کا بیرونی کنارہ اسانے کی طرف نکلا ہوا رہتا ہے +

علاج - ردّ خلع (اصلاح خلع) کی صورت یہ ہے کہ ران کو شکم پر موڑا جائے، اور گھٹنے کو مکمل طور پر پھیلا دیا جائے، تاکہ ران کے سامنے کے عضلات (عضلہ رباعیۃ الرؤس) ڈھیلے پڑ جائیں، اب اک ذرا سا دباؤ اسکے بیرونی کنارہ پر ڈالا جائے، اس سے ملا ہوا رصفہ آسانی کے ساتھ اپنی جگہ پر لوٹ آئیگا +

خلع تام میں گاہے اس کا کوئی کنارہ اٹلمہ بین اللقتین میں اٹک جاتا ہے اور ایسی حالت میں بعض اوقات اصلاح دشوار ہو جاتی ہے حتیٰ کہ کھلی علیت کی ضرورت پیش آ جاتی ہے +

رد خلع کے بعد گھٹنے کے نیچے جیرہ لگا دینا چاہئے، اور نطولات مبرہہ استعمال کرنا چاہئے، تاکہ التاب غشا زلالی پیدا نہ ہونے پائے یا اگر یہ پیدا ہو جائے تو اس سے فائدہ پہنچے +

خلع انسی، جس میں رصفہ اندر کی جانب ٹل جاتا ہے، قلیل توقع ہے، اور ہمیشہ ضربات ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اس کے عوارض اور اسکا علاج اُسکے برعکس اور مقابل ہے جو خلع وحشی میں بیان کیا گیا ہے، مثلاً یہ کہ رد خلع میں یہاں دباؤ اندر سے باہر کی طرف ڈالا جائے +

رصفہ کا دوران عمودی وہ حالت ہے جس میں رصفہ اپنے محور پر بلکھا جاتا ہے، حتیٰ کہ بعض اوقات پورے طور پر گھوم جاتا ہے +

لہ درٹیکل روٹیشن +

ہے، اگرچہ یہ حالت بہت شاذ ہے +

علاج - مریض کو بیہوش کر کے انگلیوں سے ٹوٹل کر سیدھا کیا جائے +

✓ خلع الرکبہ (گھٹنے کا اوکھڑنا)

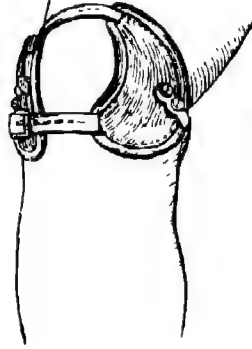
خلع رکبہ کے اقسام متعدد ہیں، جانبی، قدامی اور خلفی۔ جب اس خلع کا سبب ضرب ہوتا ہے (جو عموماً شدید ہوتی ہے) تو بسا اوقات یہ جانبی ہوتا ہے (اگرچہ بعض لوگوں نے قدامی لکھا ہے)؛ لیکن جب اسکا باعث کوئی مرض ہو تو عموماً اسکا خلع خلفی ہوتا ہے (مگر بعض لوگوں نے خلفی اور جانبی دونوں کو اس میں شامل کیا ہے)۔ پھر اس خلع میں گاہے بد وضعی کامل ہوتی ہے، اور گاہے ناقص +

خلوع جانبیہ شاذ و نادر ہی کامل ہوتے ہیں، اور ان کے ساتھ کچھ نہ کچھ درد (گھوم جانا) ضرور ہوتا ہے؛ اور ٹانگ کی قید منقبض رہتی ہے + رد خلع آسانی سے حاصل ہو سکتا ہے +

قصبہ کبریٰ کا خلع قدامی بمقابلہ خلع خلفی کے زیادہ عام ہے یہ عموماً کامل ہوا کرتا ہے، اور فخذ کا زیرین سرانضار مابین اوپر آتا ہے، اور عروق پر دباؤ ڈالتا ہے، جس سے غانغرائی کا امکان بہت شدید رہتا ہے۔ قصبہ کابالائی سرا، جس کے ساتھ رضعہ بھی ہوتا ہے، سانے کی طرف رہتا ہے، اور ایک نمایاں بلندی (ورم) بناتا ہے۔ اگر مفصلی سطحیں ایک دوسرے پر چڑھ جائیں، تو عموماً عضو کے طول میں کافی کمی آجاتی ہے +

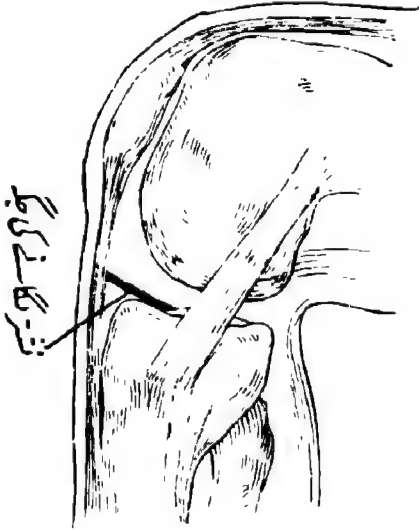
متعلق صفحہ

۵۳۰



تصویر (۱۳۷)

گھٹنے کی پیٹی یا پنجرہ (قفص الركبة)



تصویر (۱۳۸)

غضروف ہلالی کو باہر نکالنے کیلئے شگان کہاں لگانا چاہئے
دو دنوں رباط رشتی اور پہلوی رباط کے درمیان جہاں
کالی سرنٹی لکیر بنادی گئی ہے ۔

قصبہ کا خلع خلفی بہت قلیل الوقوع ہے، اور عموماً (۵۵ میں ۳۰) کامل ہوتا ہے۔ علامات نہایت واضح ہوتی ہیں، اور عروق و اعصاب پر دباؤ پڑنے سے اکثر اوقات غائرانا واقع ہوتا ہے (۵۵ میں ۵۰) + ان دونوں خلوع میں اصلاح آسان ہے، ٹانگ کو کھینچا جائے دراختیالیکہ ران کٹری ہوئی ہو، اور ساتھ ساتھ ہاتھ سے ٹٹول کر قصبہ کے سر کو اپنی جگہ لایا جائے۔ اصلاح کے بعد دو تین ہفتہ تک عضو کو آرام دیا جائے، اور جبیرہ میں بے حرکت رکھا جائے +

غضروف ہلالی کا ٹل جانا

یہ صورت اُس وقت واقع ہوتی ہے جبکہ گھٹنے قدرے منقبض ہو، اور قصبہ کا سرفخز کے لقمین کے نیچے زور سے گھوم جائے، جیسا کہ کھیل کے میدانوں میں دوڑتے ہوئے یک سخت گھوم جانا پڑتا ہے۔ یہ بد وضعی رسیلان، زیادہ تر اندرونی غضروف میں ہوا کرتی ہے۔ غضروف کا اگلا یا پچھلا لگاؤ (اتصال) اور گاہے دونوں ٹوٹ جاتے ہیں، اور گاہے یہ کمری بذات خاص طوفاً یا عرضاً چر جاتی ہے، جبکہ نتیجہ یہ ہے کہ کمری کا کوئی حصہ بعض فوری اور ذہنی حرکات کے دوران میں نچھڑ کے لقمین اور قصبہ کے درمیان آکر اٹک جاتا ہے +

علامات :- جب کمری کا کوئی حصہ دونوں ہڈیوں کے درمیان آکر پھنس جاتا ہے، تو مفصل کے اندر شدید درد پیدا

لہ سی یونز کا رٹنی بیج +

ہوتا ہے، اور جوڑ قدرے انقباضی صورت میں قائم و ثابت ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد گاہے مریض خود چند دقائق کے بعد ٹانگ کو سیدھی کر لیتا ہے، اور گاہے یہ حالت چند گھنٹے یا چند روز تک قائم رہ جاتی ہے۔ جب کمری خود بخود یا دستمال کے ذریعہ اس جگہ سے نکل آتی ہے۔ تو اس وقت مفصل کے اندر ”چٹخ“ کی ایک آواز پیدا ہوتی ہے۔ بطور نتیجہ کے غشاء زلالی میں التهاب لاحق ہوتا ہے، جو گاہے بار بار اعادہ کرتا ہے۔ عموماً مفصل کے اندر دینی جانب کمری کے مقام پر ٹوٹنے سے تکلیف ہوتی ہے +

علاج :- (۱) پہلے حملہ کا علاج :- غضروف کو اپنی جگہ لانے کے لئے کولے اور گھٹنے کو پورے طور پر موڑنے کے بعد پٹی کو اندرونی جانب تیزی سے (جھٹکے سے) نگھایا جائے (ساتھ ساتھ انگوٹھے کے ذریعہ کمری کو پیچھے کی طرف سے دبایا جائے) اور اس کے بعد پورے طور پر پھیلا دیا جائے +

اس کے بعد حصول التمام کے لئے جبیرہ مؤخرہ لگا کر گھٹنے کو (دو ماہ تک) بے حرکت رکھا جائے (تثبیت)، اور نظومات مسرودہ استعمال کئے جائیں، یہاں تک کہ التهاب دور ہو جائے؛ لیکن حرکات قسریہ اور مالش تین ہفتہ کے بعد ہی سے شروع کر دینی چاہئے (۲) اگر اس کا بار بار اعادہ ہوتا ہو، یعنی کمری ڈھیلی ہو گئی ہو، اور اپنی جگہ سے بار بار ٹل جاتی ہو، تو بعض اوقات اس تدبیر سے فائدہ حاصل ہوتا ہے کہ ٹانگ کو بے حرکت رکھا جائے، اور گھٹنے کے دباؤ کے لئے گھٹنے کی پکدار ٹوپی یا گھٹنے کی پٹی استعمال

کی جاتی ہے۔ بعض اوقات گھٹنے کی حرکات کو ہی دو کرنے کے لئے
تفصیل کر کے لکایا جاتا ہے۔ معمولی حالات میں عضلہ رباعیہ کی مالش اور
ریاضت سے بھی فائدہ حاصل ہو جاتا ہے، کیونکہ اس تدبیر سے اس
عضلہ کی قوت اور تناؤ میں اضافہ ہو جاتا ہے +

اگر یہ تدابیر ناکام ثابت ہوں، اور یہ تخفیف واضح طور پر ہو جائے
کہ کمری ٹلی ہوئی یا ٹوٹی ہوئی ہے، تو عملیت جراحیہ اختیار کی جائے
تھیر و تخفیف کا پورے طور پر خیال رکھا جائے، مریض کو نیز طاقت
اعلیٰ پر اس طرح لٹایا جائے کہ مینر کے سرے سے اس کی ٹانگ
زاویہ قائمہ بنا کر ٹنگی رہے، اور عامل اس کے سامنے بیٹھے، اور
اس کے قدم کو اپنے گھٹنوں کے بیچ میں دبائے۔ ایک فیدہ شگان
بنایا جائے جو رصفہ کے پہلو سے پیچھے کی طرف جائے، یا وہ شگان
قصہ کی بلندی کے اوپر آڑا ہو؛ اس کے بعد دوسرا گہرا شگان
کیس مفصلی میں رباط رصفی اور رباط جانبی انہی کے درمیان
دوسرے نئے چاتو سے لگایا جائے (کیونکہ ممکن ہے کہ جلد کے جراثیم
سے وہ چاتو آلودہ ہو گیا ہو) اب ایک گندھن (جستارہ) کے
ذریعہ کمری کی شکل اور حرکت معلوم کی جائے، اس کے بعد ٹوٹے
ہوئے اور آزاد ٹکڑوں کو نکال لیا جائے۔ بعض اوقات ساری
کمری نکال لی جاتی ہے۔ پھر غون بند کیا جائے، با احتیاط تمام طبقہ
بہ طبقہ مفصل کو بند کیا جائے، اور مواد کے ہاؤ کے لئے کوئی راستہ
نہ رکھا جائے (نزع - استفرغ)، دو تین روز تک جبیرہ میں عضو
لے ڈرے بیچ +

کو ساکن رکھا جائے۔ جب زخم مندمل ہو جائے، تو مالش اور حرکت کی اجازت دی جائے۔ مگر کم از کم دس سے چودہ روز تک مریض اپنے جسم کا بوجھ اس ٹانگ پر نہ ڈالے۔ عضلات کی پرورش کے لئے مناسب ریاضت کا خیال رکھا جائے +

خلوع مفصل کعب (ٹخنہ کو جوڑ کا اوکھڑنا)

یہ عموماً بلند مقام سے یا چلتی ہوئی گاڑی سے کودنے کے باعث پیدا ہوتے ہیں۔ ان کے رُخ مندرجہ ذیل ہوتے ہیں: (۱) باہر کی طرف (۲) اندر کی طرف، (۳) پیچھے کی طرف (۴) سامنے کی طرف، اور (۵) اوپر کی طرف۔ یہ ترتیب انکی کثرت کے لحاظ سے ہے۔ یہ ایک حقیقت ہے کہ عظم الکعب پچر کے مانند اُس خانہ میں رہتا ہے جو قصبہ کبریٰ و صغریٰ کے زیریں سروں سے بنتا ہے، اسلئے یہ بدیہی ہے کہ ان خلعات میں ان ہڈیوں کے کور بطور عوارض کے بکثرت ملتے ہیں +

(۱) ان میں سے خلع وحشی والنسی جس میں ہڈی ٹل کر باہر پڑا ہوا کی طرف چلی جاتی ہے) کا تذکرہ باب کسر میں (کسر پوٹ وغیرہ) آچکا ہے کیونکہ یہ دراصل کسور خلعیہ ہیں +

(۲) خلع خلفی گا ہے بغیر کسر کے بھی ملتا ہے، اندر گا ہے دونوں کعب کسور ہو جاتے ہیں اور یہ صدمہ غیر واصلہ سے پیدا ہوتا ہے مثلاً کودتے ہوئے یا دوڑتے ہوئے قدم کے بل گرنا، یا قدم کے قائم رہنے کی صورت میں کسی صدمہ کا ایک سخت پو پونا۔ عظم الکعب کی مفصلی سطح قصبہ کبریٰ کے سرے سے پیچھے چلی جاتی ہے، ایڑی غیر موبلی

طور پر پیچھے کی طرف ابھری ہوئی نظر آتی ہے۔ قصبہ کبریٰ کی مفصلی سطح عموماً عظم الکعب کی گردن، زورقی، اور عظام رخیہ پر قیام پذیر ہوتی ہے + (۳) خلع قدیمی بہت کم وقوع پذیر ہوا کرتا ہے۔ اس میں پیر (قدم) لبا ہو جاتا ہے، قصبہ کبریٰ کا زیرین سرا عظم العقب کے پچھلے حصے پر، عظم العقب کے پیچھے، رہتا ہے، اور ایڑی کا اُبھار اور وتر العقب غالب سے ہو جاتے ہیں۔ یہ بغیر کسر کے بھی واقع ہوا کرتا ہے +

دونوں کا علاج :- مریض کو دو اُکے بیہوشی سے بیہوش کریں، تاکہ بدن کے عضلات ڈھیلے پڑ جائیں۔ اسکے بعد کھینچ کر ہڈی کو اپنی جگہ بٹھا دیں۔ اگر اس کے ساتھ کسر بھی موجود ہو تو قدم کو پنڈلی کے ساتھ زاویہ قائمہ پر قائم کر دینا چاہئے۔ دوسرے ہی دن سے حرکات قسریہ اور مالش شروع کر دینی چاہئے، بشرطیکہ کسر شریک نہ ہو۔ اور اگر کسر ساتھ ہو تو دس روز کے بعد +

(۴) خلع علوی (اوپر کی طرف) بہت قلیل الوقوع ہے۔ اس میں زیرین رباط بین القصبین کا ٹوٹنا ضروری ہے، جس سے عظم الکعب قصبہ کبریٰ و صغریٰ کے درمیان آ جاتا ہے (اوپر چڑھ جاتا ہے)۔ یہ خلع جس طرح برآسانی پہچانا جاسکتا ہے، کیونکہ اسکا نساہ شکل بہت نمایاں ہوتا ہے، اسی طرح اسکا علاج بھی آسان ہے +

تنہا عظم الکعب کا خلع

تنہا عظم الکعب کے خلع سے مراد یہ ہے کہ یہ اپنے تمام تعلقات کو چھوڑ کر، جو اسے پنڈلی اور قدم کی ہڈیوں کے ساتھ ہیں، کم و بیش

علحدہ ہو جائے، اور قصبین کے زیرین سرے کے قوس سے ٹل جائے۔ چنانچہ یہ گاہے سامنے کی طرف، اور گاہے پیچھے کی طرف ٹل جاتا ہے، خواہ پہلوی جانب گھومے یا نہ گھومے۔ اس خلع کی دو قسمیں ہیں: کامل اور ناقص۔ عموماً یہ کم و بیش خلع مرکب کی شکل میں رونما ہوا کرتا ہے + خلع قدامی (اگلی طرف)، زیادہ تر واقع ہوا کرتا ہے، اور اس صورت میں کچھ نہ کچھ پہلوی جانب ہڈی گھوم بھی جاتی ہے۔ اس میں سیلان بمقابلہ اندرونی جانب کے بیرونی جانب زیادہ تر ہوا کرتا ہے جب یہ خلع کامل ہوتا ہے۔ تو یہ اپنے تمام تعلقات سے علحدہ ہو جاتا ہے اور یہ بیرونی رستی اور نزدیکی کی بالائی سطح پر پڑا رہتا ہے، اور اس کے اوپر کی جلد خوب کھچی ہوئی ہوتی، اور گاہے پھٹ جاتی ہے +

جب یہ خلع کامل نہیں ہوتا، تو عظم الکعب عظم زورقی سے اندر کی طرف، یا نزدیکی سے باہر کی طرف لگا رہتا ہے، اور قصبہ کبریٰ کا زیرین سرا عظم الکعب کی سطح مفصلی کے پچھلے نصف پر قیام پذیر ہوتا ہے۔

خلع خلفی (پچھلی طرف) تقریباً ہمیشہ کامل ہی ہوتا ہے، جس میں ہڈی گاہے گھوم بھی جاتی ہے، اور گاہے نہیں۔ یہ ہڈی آسانی کے ساتھ وتر العقب اور کعبین (دونوں گٹھوں) کے درمیان لمبوس ہو سکتی ہے۔ علاج - رد خلع محض خلوع غیر کامل میں ممکن ہے، مریض کو پیش کیا جائے، تاکہ عضلات ڈھیلے پڑ جائیں، یا وتر العقب کو کاٹ دیا جائے اور قدم سے تمدید کا عمل کیا جائے تاکہ جراح کو ہڈی پر مناسب سرت دباؤ ڈالنے کا موقع ملے۔ خلوع کامل میں رد خلع اس وجہ سے ناممکن



تصویر (۱۳۹)

عظم الکعب قصبہ صغریٰ و کبریٰ کے درمیان اوپر کی طرف مل گیا ہے اور اس کا ٹھوس ضرب و آفت کے پانچ سال کے بعد ہوا ہے۔



تصویر (۱۴۰)

عظم الکعب کا قطع وحشی

ہے کہ عظم العقب اوپر کی طرف کھینچ کر توس بین الکتفین سے مل جاتا ہے۔ ایسی حالت میں دستال کرنا بیکار ہے، اور ہڈی کا خارج کرنا ضروری ہے۔ اس عایت سے مقابلتا قدم کے فعل میں خرابی ضرور آ جاتی ہے۔

خلع تحت الکعب کی اصطلاح سے مراد یہ ہے کہ عظم الکعب کے سوا اس کے نیچے کی ساری ہڈیاں ٹل جاتی ہیں، اور یہ اپنی طبعی وضع میں دونوں گتوں کے درمیان قائم رہتا ہے۔ یہ قدم کے کسی شدید تناؤ یا ایٹھن کا نتیجہ ہوتا ہے۔ میلان اگرچہ گاہے سامنے اور گاہے پیچھے کی طرف ہوتا ہے، مگر اکثر صورتوں میں پیچھے اور اندر کی طرف یا پیچھے اور باہر کی طرف ہوتا ہے۔ یہ خلع شاذ و نادر ہی کامل ہوتا ہے، لیکن عظم الکعب کے سر کی اور زورقی کی مفصلی سطحیں پورے طور پر علیحدہ ہو جاتی ہیں، چنانچہ عظم الکعب کا سر زورقی کی بالائی سطح (سطح نظری) پر قیام پذیر ہوتا ہے۔ قدم کی شکل بُرے طور پر بگڑ جاتی ہے، اگلا حصہ چھوٹا ہو جاتا ہے، ایڑی ادبھر آتی ہے، اور انگلیاں نیچے جھک جاتی ہیں عظم الکعب کا سر گولے کے مانند بنی ہوئی جلد کے نیچے ادبھر آتا ہے +

اس قسم کے ایک مرکب خلع کو بعد الموت دیکھا گیا تھا؛ اس میں عظم الکعب کی زیرین سطح کے اندرونی کنارے سے جلد پھٹ گئی تھی، عروق و اعصاب مجروح ہو گئے تھے، یا کچے ہوئے تھے، اور باوجودیکہ جلدی جراحت کو کشادہ کر دیا گیا تھا، مگر پھر بھی رد خلع اس وجہ سے ناممکن ہو گیا تھا کہ عظم الکعب کی گردن کے گرد و اتار پھنسے ہوئے تھے

۱۔ سب اسٹراگیلا ڈسٹو کے شن +

۲۔ میلی اور آرج +

ایسی صورتوں میں سوائے اس کے اور کوئی طریقہ علاج نہیں ہے کہ عظم الکعب کو نکال لیا جائے۔

خلوع النسیہ میں قدم کسی قدر اندر کی طرف مڑ جاتا ہے، اسلئے بیرونی گٹھ زیادہ او بھر جاتا ہے، اور اندرونی گٹھ ایک گہرے نشیب بن گیا ہوتا ہے، یہ نشیب اس وجہ سے پیدا ہوتا ہے کہ عظم العقب پہموی جانب تل جاتا ہے، اس طرح قدم کی وضع قدم تغدار فدعا سے کسی قدر مشابہ ہو جاتی ہے +

خلوع وحشیہ میں قدم باہر کی طرف مڑ جاتا ہے، اندرونی گٹھ او بھرتا، اور بیرونی غائب ہو جاتا ہے، اس طرح قدم کی شکل قدم تغدار و کعسا سے مشابہ ہو جاتی ہے +

دونوں صورتوں میں وتر العقب خمیدہ ہو جاتا ہے، اس خم کی تعمیر کا رخ خلع (میلان) کی جانب یا باہر کی طرف یا اندر کی طرف ہوتا ہو + علاج :- دستمال سے رخ خلع کیا جائے، جو بعض اوقات بہت جلد حاصل ہو جاتا ہے، لیکن بعض اوقات اس میں بہت دشواری غالباً اس وجہ سے لاحق ہوتی ہے کہ عظم الکعب کی گردن کی گردا و تار آ جاتے ہیں۔ بعض اوقات وتر العقب کو کاٹنا پڑتا ہے، زیادہ دشوار صورتوں میں گلے سے عظم الکعب کو نکال ڈالا جاتا ہے، اور جب نرم ساختوں میں بہت زیادہ آفتیں شریک ہوتی ہیں، تو عمل بتر کرنا پڑتا ہے +

لہ ٹیلی پیرایکونڈویرس +

لہ ٹیلی پیرایکونڈوولگس +

باب چہارم

امراض مفصل

التهاب زلالی حاد

کیفیت مرض :- اس صورت میں التهاب صرف غشاء زلالی میں ہوتا ہے، بالفاظ دیگر التهاب زلالی کی اصطلاح اس وقت بولی جاتی ہے جبکہ التهاب صرف غشاء زلالی میں ہوتا ہے۔

اسباب :- آفت (ضرب) اور بعض امراض مثلاً سوزاک وجع مفاصل حیات نوعیہ (عقونیہ) نفرس اور آتشک جیسے امراض میں غشاء زلالی ملتبہ ہو جاتی ہے +

التهاب حاد کے معمولی تغیرات اس میں بھی رونما ہوتے ہیں ابتداء میں احتقان و موی کی وجہ سے غشاء میں رطوبات کا ترشح بڑھ جاتا ہے، بعد ازاں یہی تغیرات مفصل میں بھی ہونے لگتے ہیں، یعنی مفصل کے اندر رطوبات کا اجتماع ہو جاتا ہے، جن سے مفصل پر ہو جاتا ہے +

اس رطوبت میں سائل دیکھوئی، سفید دانے (خلیات بھینسا)

۱۔ اس پے سی ٹک فیورز +

۲۔ پلازما ایسائل مری +

۳۔ یو کوسٹس +

۴۔ کیوٹ سائی نوڈائی ٹس رجوڑوں کی

۵۔ لبنی جلیوں کا درم حاد +

اور قدرے رطوبت زلالی ہوتی ہے۔ رطوبت مائیدہ (رطوبت لفاویہ) جو مکمل دوسری سے مترشح ہو کر مفصل میں جمع ہو جاتی ہے۔ انجام کار اس کی دو صورتیں ہوتی ہیں، (۱) یا تو وہ جذب ہو جاتی ہے۔ (۲) یا منجمد ہو کر اور ساخت کی شکل میں تبدیل ہو کر مفصل میں التماس پیدا کر دیتی ہے (یہ انجماد مادہ لیفیہ کی وجہ سے ہوتا ہے، جو کہ اس رطوبت میں موجود ہوتا ہے۔ یہ بہت ممکن ہے کہ علاج جلد شروع کر دینے سے یہ رطوبت قطعی طور سے جذب ہو جائے۔ لیکن اگر مادہ لیفیہ منجمد ہو کر مفصل میں قائم ہو جائے۔ اور ایک عرصہ تک یہی صورت رہ جائے۔ تو اس یعنی ساخت میں جدید طور پر عروق شعریہ پیدا ہو کر اس کی دائمی زندگی کی ضامن ہو جائیں گی) +

علامات :- مفصل گرم۔ متورم اور دردناک ہو جاتا ہے۔ مریض مفصل کو ایسی وضع میں رکھتا ہے۔ جس سے فشار مفصل میں (ترشحات التہابیہ کے اجتماع کے لئے) زیادہ سے زیادہ گنجائش ہو سکے۔ چنانچہ مفصل کو قدرے انقباضی وضع میں رکھتا ہے تاکہ رطوبات کم سے کم ایذا پہنچا سکیں (مفصل کے عضلات محرک بہت سرعت سے دبلے ہوئے شروع ہو جاتے ہیں۔ اس لاغری کا سبب محض یہی نہیں کہ تکلیف کی وجہ سے ان کے غل میں نسل آ جاتا ہے۔ بلکہ گمان غالب یہ ہے کہ مفصل کی خرابی کی وجہ سے ان کے مراکز غذائیہ میں جن نخاع میں ہوتے ہیں، ایک طرح کی انعکاسی مزاحمت واقع ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجہ حدت گزر جانے کے بعد چونکہ

جلد ساکنوہیل فلویہ +
اسلہ مراکز غذائیہ۔ ٹروٹک سٹریٹ +

مفصل کے رباطات نرم اور مسترخ ہو جاتے ہیں، اس لئے مفصل کم دیش عرصہ کے بعد کمزور ہو جاتا ہے۔ گنا ہے مفصل کے اندر دنی التصاقات مفصل کو تنجھ اور درد انگیز کر دیتے ہیں +

علاج ۱۔ مفصل کا مکمل سکون نہایت ضروری ہے، عضو ماؤن کو کسی مناسب جیسرے کے ساتھ اس طرح قائم کر دینا چاہئے کہ اگر اندر دنی التصاقات واقع بھی ہو جائیں، تو مفصل ایکسا بھی وضع میں رہے۔ مثلاً کلائی کو کہنی سے موڑ کر اور ٹانگ کو گھٹنے پر قدرے منقبض کر کے رکھنا چاہئے، سقامی احتقان کو کم کرنے کے لئے عضو ماؤن کو اونچا رکھیں، اور اسپر گرم تحمید و تنطیل کرتے رہیں، یا علاج اس طرح شروع کریں کہ مقام ماؤن پر مناسب تعداد میں جونکس لگوائیں، ان تدابیر سے جب درد میں تسکین ہو جائے تو مفصل کو مضبوط پٹی سے کس کر باندھ دینا چاہئے، کیونکہ مقامی دباؤ سے رطوبت کے انجذاب میں بہت کچھ اعانت ہوگی +

مفصل کو التصاقات سے روکنے کے لئے اس کے چند روز بعد ہی حرکات قسریہ اور مالش شروع کر دینی چاہئے، اگر التصاقات مستحکم ہو جائیں۔ تو مریض کو دوار بے ہوشی دکھور و فارم (سنگلیا کر انیں توڑ دینا چاہئے +

التهاب زلالی مُزمن

کیفیت مرض :- التهاب کی یہ قسم یا تو التهاب زلالی حاد

لے التهاب زلالی مُزمن (کروانک سائی ٹوڈائی ٹس) +

کا نتیجہ ہوتی ہے، یا ابتداء ہی سے مزمن انداز لئے ہوئے پیدا ہوتی ہے +

اسباب :- التهاب زلالی مزمن کے اسکا کافی اسباب حسب ذیل ہوا کرتے ہیں :-

- (۱) مونچ آجانا ر مونچ آ جانے کے بعد مفصل میں التهاب ہو جاتا ہے، جو مناسب علاج سے رفع ہو جاتا ہے لیکن اگر مونچ بار بار آئے تو مفصل کے اندر مزمن التهاب کی علامات شروع ہو جاتی ہیں، (۲) مفصل کا کثرت سے استعمال کرنا (۳) غشتار زلالی کی چھاروں کی غیر معمولی زیادتی (۴) مفصل میں کسی جسم غریب کا پڑا رہ جانا جیسے کسی چوٹ یا صدمے کی وجہ سے غضروف مفصلی کے ٹکڑے جدا ہو کر مفصل کے اندر جسم غریب کے طور پر پڑے رہ جائیں، اور خراش پیدا کر کے مزمن التهاب کو مشرور کر دیں)۔
- (۵) یا کسی عفونی مرکز سے سمیت (سین) کا انجذاب، جیسا کہ تعجب اللہ وغیرہ میں ہوتا ہے۔ (۶) مفصل کے اندر کی کڑی کا چوٹ کھا جانا +
- علامات :-** اس مزمن التهاب میں بھی مفصل میں ارتشاح رطوبات ہوتا ہے۔ غشتار زلالی متورم ہو جاتی ہے (جن کی وجہ سے مفصل میں سوجن پیدا ہو جاتی ہے۔ جب مفصل میں رطوبات کا ترشح بڑھ جاتا ہے تو مشارکت کی وجہ سے متعلقہ کلیش زلالیہ بھی پھول جاتے ہیں۔ اگر یہ رطوبات کچھ عرصہ مفصل میں پڑی رہیں تو مفصلی رابطات نرم و مسترخی ہو جاتے ہیں۔ جن کی وجہ سے مفصل لحد سائز ذیل برسی +

ہمیشہ کے لئے کمزور اور بے کار ہو جاتا ہے +

علاج :- التهاب زلالی نمرین کا علاج دقت طلب ہے۔ چنانچہ ممکن ہو سبب کو معلوم کر کے اس کے ازالہ کی کوشش کرنی چاہئے موجودہ رطوبت کو کم کرنے کے لئے مناسب تدابیر اختیار کرنے چاہئیں۔ یعنی مفصل کو کسی مناسب جبر سے میں قائم کر کے اسے بلند کر دیا جائے۔ سطح مفصل پر آبلے اٹھائے جائیں۔ بعد ازاں مفصل پر مالش کر کے اسے کس کر پٹی سے باندھ دیا جائے +

مذکورہ بالا تدابیر سے جب رطوبت کی مقدار بہت کم یا بالکل غائب ہو جائے تو مفصل کو اسادہ اسکاٹ استعمال کرنے کے بعد پٹی باندھ دینی چاہئے۔ اس کے بعد اگر مفصل میں دوبارہ رطوبت بھر آئے، تو مفصل کو بذریعہ شگاف کھول کر معمولی سیال نمکین یا کسی ہلکے دافع تعفن غسول سے صاف کر دینا چاہئے (غسولات کے اندر یہ احتیاط نہایت ضروری ہے کہ جو غسول استعمال کیا جائے۔ وہ بذات خود اتنا تیز نہ ہو کہ مفصل میں اور خراش پیدا کر دے۔ ہلکا غسول بورقی (بورک لوشن) معمولی سیال نمکین یا جیلہ ہزار توت کا غسول سیابی (مرکری لوشن) اس مقصد کے لئے بہترین غسول ہیں۔ اگر کسی وجہ سے مفصل کو کھولنا نہ جائے تو اس کے زیرین حصے میں ایک سوراخ کر کے اخراج مواد کا انتظام کرنا چاہئے، لیکن یہ احتیاط نہایت ضروری ہے کہ شمرقہ کی بتی یا ربڑ کی لہ اسادہ اسکاٹ (اسکاٹ ڈرسنگ) اس اسادہ میں مرہم سیاب مرکب (کپوزڈ مرکری آئنٹ منٹ) استعمال کیا جاتا ہے + لہ غرقہ لگانا +

ملکی غشار زلالی تک ہی پہنچے۔ اور مفصل کے اندر نہ جائے ورنہ مفصل میں التصاق پیدا ہو جائیگا۔ لیکن بہتر طریقہ یہی ہے کہ مفصل میں کھلا شکاف لگا کر اسے اچھی طرح دھوتے رہیں (اگر متورم غشار زلالی کی جہا لریں پائی جائیں، تو انہیں کاٹ دینا چاہئے، بعد ازاں مفصل کو بالکل بند کر دینا چاہئے یعنی اخراج مواد کے انتظام کے لئے کوئی ملکی وغیرہ نہ رکھنی چاہئے) +

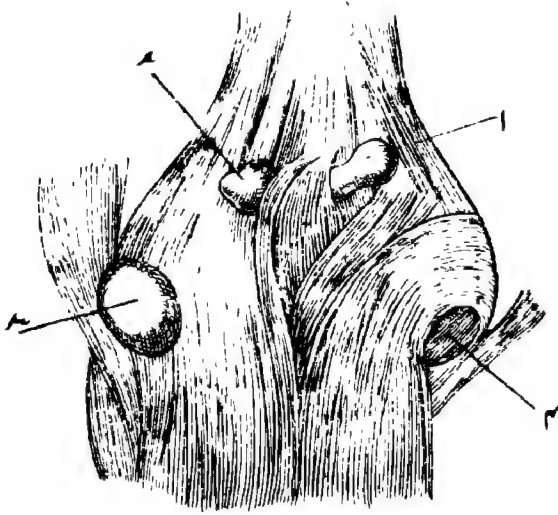
استسقاء مفصلی

یا مفصل کا امتلاء و رطوبتی مزمن، یعنی مفصل کے اندر رطوبت کا بھر جانا، اس مرض کے اسباب حسب ذیل ہوتے ہیں :-
(۱) التهاب زلالی مزمن رطوبتی (۲) التهاب عظمی مفصلی (۳) مزمن شاکوٹ (۴) التهاب زلالی جو ثانوی آتشک کی وجہ سے ہو (۵) شاذ و نادر التهاب زلالی ورنہ فی بھی اس کا باعث ہو کر تا ہے۔
یہ چونکہ دوسرے امراض کے عرض کے طور پر پیدا ہوتا ہے اسلئے اصل مرض کا علاج کرنا چاہئے +

فتق مفصلی (اکیٹس بیکر)

کیفیت مرض - غشار زلالی کے وہ ذوائد ہیں جو فتق امعاء

۱۔ اسٹیر آر تھروس (جوڑوں کی ہانی کا اکٹھا ہونا) +	۲۔ شاکوٹس ڈیئر +
۳۔ کرائم سائووائٹس وڈائیڈرون +	۴۔ سکندری علی ٹک سائووائٹس +
۵۔ آسٹو آر تھرائٹس +	۶۔ ٹیوبیکولس سائووائٹس +
	۷۔ بیکرس سٹ +



تصویر (۱۴۱)

نتق مفصلی (اکیاس بیکر)

کی طرح قتیلیوں کی صورت میں مفصلی کیسہ کے کسی سوراخ کی راہ جو مفصل سے باہر نکل آتے ہیں +

اسباب :- اس مرض کا سبب عموماً التهاب عظمی مفصلی یا مرض درنی ہوا کرتا ہے، جس کے ساتھ رطوبت کا انصباب بھی ہوتا ہے قتیلی جو رطوبت زلالی سے پر ہوتی ہے گا یہ عضلی طبقات کے اندر اندر زور تک پہنچ جاتی ہے جو گا یہ سطح پر نمودار ہو جاتی ہے، اور بعض اوقات آخر میں ان قتیلیوں کا سلسلہ مفصل سے منقطع ہو جاتا، اور درسیانی راستہ بند ہو جاتا ہے +

علاج :- اگر یہ کسی قسم کی تکلیف پیدا کریں۔ تو انہیں نکال دینا چاہئے +

التهاب مفصلی حاد

التهاب مفصلی سے مراد وہ التهاب ہے جو مفصل کی تمام ساختوں میں عام ہو +

اسباب :- التهاب مفصلی حاد کا سبب ہمیشہ جراثیم متعدیہ ہوا کرتے ہیں۔ چنانچہ مفصل تک جراثیم کے پہنچنے کی متعدد صورتیں ہیں (۱) گا یہ مفصل کے اندر کسی بیرونی زخم کے ذریعہ جراثیم داخل ہو جاتے ہیں۔ (۲) گا یہ بغیر کسی قسم کے زخم کے بھی تقيح الدم یا التهاب کردوسی حاد جیسے امراض میں جراثیم پہنچ جاتے ہیں +

(۳) گا یہ عدوی ذاتی کے ذریعہ بھی یہ صورت واقع ہوتی ہے

لہ پاؤجے تک آرگے نرم +

لہ کیوٹ آر تھرائی ٹس +

بشرطیکہ مفصل کی قوت حیات کمزور ہو، اور جراثیم دوران خون میں تیرتے پھر رہے ہوں۔ یہ گاہے مرض سوزاک کا نتیجہ ہوتا ہے، اور گاہے کسی متصل ہڈی کے سرے کا التهاب بڑھ کر مفصل کو مآون کر دیتا ہے۔

علامات ۱- (۱) مریض مآون مفصل میں بنایت شدید درد محسوس کرتا ہے (۲) اسے بخار ہو جاتا ہے (۳) مفصل کے اندر رطوبت بھر جاتی ہے۔ جو بہت جلد پیپ میں متغیر ہو جاتی ہے۔ (۴) مفصل کے قرب وجوار کی تمام ساختیں مٹیج ہو جاتی ہیں مفصل عضلی انقباض کی وجہ سے عموماً نیم انقباضی وضع میں قائم ہو جاتا ہے، جو مریض کے لئے سب سے آرام دہ حالت ہوتی ہے۔ کیونکہ اس وضع میں نضا مفصل وسیع ترین بن جاتی ہے۔ اجتماع رطوبات کے لئے کافی گنجائش دے سکتی ہے۔ اگر مرض اس سے تجاوز کر جائے تو پیپ کیس مفصلی کو شق کر کے عضلی طبقات کے درمیان دوڑ تک چلی جاتی ہے، اور گاہے بیرونی سطح پر پھوٹ نکلتی ہے۔

اس مرض کی تشخیصی علامت یہ ہے کہ رات کو مفصل میں ایک مخصوص تشنجی درد ہوتا ہے جب تک مریض بیدار رہتا ہے عضلی انقباض مفصلی سطحوں کو آپس میں رگڑ کھانے سے روکے رکھتا ہے۔ لیکن جیسو ہی اسپرینٹا رہی ہوتی ہے، عضلات ڈھیلے پڑ جاتے ہیں اور مفصلی سطחים باہم رگڑ کھانے لگتی ہیں جس کی وجہ سے سخت درد پیدا ہو جاتا ہے اور مریض درد سے چونک کر اٹھ بیٹھتا ہے۔ اور عضلات کو پھر لٹا سٹارٹنگ بین (دو درو) جیسے ساتھ عضلات میں تشنج یا انٹن بھی ہو)۔

ششجی حالت میں کر لیتا ہے +

اس مرض کے آخر درجات میں رابطات مفصل انصباب مواد کی وجہ سے نرم ہو جاتے ہیں، جس کی وجہ سے مفصل غیر طبعی حرکات کے روکنے پر قادر نہیں رہتا، غضروف مفصلی کی سطح پر قروح پیدا ہو جاتے ہیں، (اور رفتہ رفتہ یہ غضروفی ساخت غائب ہو جاتی ہے) ہڈیاں بوسیدہ ہو جاتی ہیں (تخرق) اندرین صورت گاہے مفصل میں خلع واقع ہو جاتا ہے۔ انجام کار تسمم الدم یا قیح الدم کی وجہ سے مریض نڈھال ہو جاتا ہے۔

انجام مرض: (۱) مرض کے ابتدائی درجات میں حملہ مرض کے ہونے ہی فوراً علاج شروع کر دینے سے کلی صحت حاصل ہو جاتی ہے اور مفصل کی حرکت بھی لوٹ آتی ہے۔ (۲) انتہا پر فح ہو جانے کے بعد اکثر اوقات مفصل میں ٹخج ہو جاتا ہے۔ (۳) گاہے اس مرض کا انجام موت ہوتا ہے، جس کا سبب تسمم الدم، یا قیح الدم ہوتا ہے، یا اس کا سبب مزین قیح ہوتا ہے، جو انجام کار فساد نشائی میں بدل جاتا ہے +

تغیرات مرضیہ: مفصل کی غشاء زلالی میں احتقان دسوی

(امتلاء دسوی) ہوتا ہے، اور اس سے رطوبت زلالی اور پیپ مترشح ہونے لگتی ہے۔ غضروف مفصلی متورم (لمتب) نرم اور متقرح ہو جاتی ہے۔ (یہ قروح بتدریج پھیلنے جاتے ہیں۔ یہاں تک کہ غضروفی ساخت کا بیشتر حصہ غائب ہو جاتا ہے۔ اور اس کی جگہ انگوری سخت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس انگوری ساخت کے نیچے کی ہڈی بھی متورم

ہو جاتی ہے اور اس میں نخر بوسیدگی واقع ہو جاتا ہے، اور مفصلی سطح کے کناروں پر زوائد غلیظہ (نخوات غلیظہ) بن جاتے ہیں، مفصل کے رابطات نرم پڑ جاتے ہیں، جس کی وجہ سے گاہے غلج باسانی پیدا ہو جاتا ہے + اور عضلات میں نقص تغذیہ کی وجہ سے بہت جلد ضمور و ہزال پیدا ہو جاتا ہے +

علاج: - التھاب مفصلی تغذیہ حاد کی تمام مشتبہ صورتوں میں تطہیر کی پوری احتیاط کے ساتھ مفصل سے بذریعہ عمل استصاص (شفط) کے پیپ نکال دینی چاہئے۔ اس طرح مفصل سے جو مادہ حاصل ہوتا ہے اس کا جراثیمی معائنہ کرنا چاہئے۔ اس کے بعد جو علاج کیا جائے وہ اس جراثیمی تحقیق پر مبنی اور اس کے مطابق ہو۔ بعض صورتوں میں یعنی جبکہ کرویات ذات الریہ مرض کا باعث ہوں تو مفصل کو کھول کر ہلکے مانع عفونت غسولات سے دھونا اور دھونے کے بعد غشا و زلالی کو ٹانگے لگا کر زخم کی قطعی طور سے بند کر دینا چاہئے۔ اور مفصل کو مناسب جبیروں کے ساتھ قائم کر دینا چاہئے۔ برخلاف اسکے اگر کرویات عقدیہ اس التھاب کا باعث ہوئے ہوں۔ تو عموماً مفصل میں ایک کھلے شکات کی احتیاج ہوتی ہے، اور مفصل کو کارل ڈکن کے طریقے سے مسلسل دھونا پڑتا ہے۔ اس خیال سے کہ صحت کے بعد جوڑ میں تجربہ واقع ہو، مناسب ہے کہ مریض زیادہ عرصہ تک مفصل کو بے حرکت نہ رکھے، بلکہ جلد ہی تحریک شروع کر دے، اور

۱۔ آسٹو فائٹس رزروائٹ غلیظہ + ۲۔ اسپائی رشین +

۳۔ اکیوٹ سپورٹو آرتھرائٹس + ۴۔ نیمو کاکس + ۵۔ اسٹریٹو کاکس +

اسے کسی قدر پھیلاتا رہے۔ اسی طرح مفصل کو جیسروں کے ساتھ ایسی وضع میں رکھا جائے، کہ صحت ہونے کے بعد اگر مفصل میں تھج واقع ہو، تو وہ اچھی صورت میں رہے +

گاہے مفصل کی بُری وضع کی اصلاح کے لئے یا عفونت کے علاج کے لئے مفصل کے بعض اجزاء کو کاٹ کر خارج کرنا پڑتا ہے۔ اگر تسم الدم یا قلع الدم کی وجہ سے مریض کی جان خطرے میں ہو تو اس صورت میں عمل بتر کرنا ضروری ہوگا +

التهاب زلالی اور التهاب مفصلی کے مخصوص قسام
التهاب زلالی حداری (وضع مفصل کی وجہ سے) -

علامات :- (۱) مریض کو بخار ہو جاتا ہے۔ (۲) اس کے بدن سے ترش پسینہ نکلتا ہے (۳) اور متعدد مفصل میں یکے بعد دیگرے التهاب پیدا ہونے کی قابلیت ہوتی ہے۔ (۴) التهاب زلالی حداری مزمن میں گاہے آخر کار رباطات مفصل موٹے ہو جاتے ہیں اور (۵) حرکات مفصل کم و بیش خست ہو جاتی ہیں +

علاج :- اس کا علاج طبی یعنی بذریعہ ادویہ کیا جاتا ہے۔ نظر دینیہ

۱۔ جدید علاج :- حال ہی میں ایک مخصوص دوا نکلی ہے، جس کا نام کارفانہ نے انگریزی میں رہیوے ٹک فانی لاکو جن رکھا ہے، (رہیوے ٹک : گٹھے کی جو ذریعہ تحت الجلد پچکاری کے دیجاتی ہے۔ اس کی پہلی پچکاری نصف ماشہ (نصف مکعب سنتی میٹر) کی ہوتی ہے اور دوسری ایک ماشہ کی۔ یعنی نصف ماشہ (نصف مکعب سنتی میٹر) سے شروع کر کے روزانہ نصف نصف ماشہ اضافہ کرتے جائیں۔ اور پانچ ماشہ (پانچ سی سی) تک پڑ جائیں۔ یہ پچکاری روزانہ (باقی صفحہ ۵۵۰ پر)

صفحات آگین (سوڈا سیلی سلاس) اس مرض کے لئے ایک مخصوص اثر رکھتا ہے اور خوبی یہ ہے کہ مریض کافی مقدار میں اسے برداشت کر لیتا ہے) دہل رتی فی خوراک کی مقدار میں ہر چار گھنٹے کے بعد دنیا شروع کریں یہاں تک کہ درد میں سکون ہو جائے اور مفاصل پر نظر دنیہ (سوڈا) کا گرم نطول کریں +

التهاب زلالی حداری مزمن کی صورتوں میں قلوبہ بنفش آمیز روپٹا شیم آیوڈائیڈ کا استعمال کریں۔ علاوہ ازیں اس کے لئے عمل امالہ (تبیخ مقابل) اور حمام حار معرق بھی مفید ترین تدابیر ہیں +
(۲) التهاب مفاصل نقرسی۔

یہ مرض عموماً رات کے وقت دفعۃً شروع ہوا کرتا ہے۔ اور اس کا ابتدائی حملہ پاؤں کے انگوٹھے کے مفصل شطی سلامی میں ہوتا ہے۔ مفصل کے آس پاس کی نرم ساختیں متورم ہو جاتی ہیں۔ مفصل کی جلد کا رنگ نیلگوں سرخ اور چمکیلا ہو جاتا ہے، مفصل کا درد ناقابل برداشت ہوتا ہے۔ اور حملہ مرض کا اثر بتدریج چند روز میں رو بہ اصلاح ہو جاتا ہے +

(بقیہ حاشیہ صفحہ ۵۴۹)۔ لگائی جاتی ہے۔ اگر پیکاریوں کے دوران میں رد عمل یعنی مریض کو بخار وغیرہ ہو جائے۔ تو پیکاری لگانا موقوف کر دیں، یا اس کی مقدار کم کر دیں یا ایک دن ناعہ سے لگانا شروع کریں +

۱۔ کونٹرا دیری ٹے شن

۲۔ گاؤٹی ارتھرائٹس

۳۔ میٹائرس نے بغیل جانٹ +

علاج :- گرم تنطیل کرنی چاہئے اور داخلی طور پر سور بخان
(کابچی کم) کے مرکبات استعمال کرنے چاہئیں +

(۳) التهاب زلالی تَقَحُّی (تَقَحُّی الدم کی وجہ سے)

کیفیت مرض :- یہ التهاب مفصل کے اندر عفونی شدہ کے
ٹھہر جانے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ جو مفصل کو بہت جلد پیپ
سے بھر دیتا ہے +

علاج :- اگر مفصل کو فوراً کھول کر پیپ نکال دیا جائے
اور اندر سے اچھی طرح دھو کر اخراج مواد کا انتظام کر دیا جائے
تو ممکن ہے کہ مفصل کا آدرہ سکے (ورنہ بہت جلد مفصل کی سختیں
خراب ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ اور اچھی صحت کا امکان جاتا رہتا
ہے۔ اور مفصل میں التصاق ہو جاتا ہے) +

(۴) جراثیم حمائے معویہ (تیفودیہ) اور التهاب مفصلی وزلالی :-
کیفیت مرض :- شاذ و نادر حمائے معویہ کے عصی بھی غشاء
زلالی یا پورے مفصل میں التهاب پیدا کر دیتے ہیں۔ (یہ التهاب
عموماً مرض کے تیسرے ہفتہ میں پیدا ہوتا ہے۔ لیکن بعض دفعہ اسکے
بعد بھی پایا گیا ہے) +

علاج :- محمی معویہ کا اصولی علاج کریں +

۳۵ سپ ٹنک ایسلس +

۳۶ ٹائی فامنیور +

۳۷ نوین ٹے مشن +

۳۸ پائی کم سائی لودائی ٹس +

(۵) التهاب مفصلی کرویات ذات الریہ کی وجہ سے :-
 کبھی کبھی کرویات ذات الریہ بھی التهاب مفصلی کا باعث
 ہوتے ہیں +

علاج :- ذات الریہ کا علاج کریں۔ لیکن اس صورت میں
 مصل ضد کرویات ذات الریہ کی چکارہ مفید ہوتی ہے +

جوڑوں کا مرض سوزاکی (مرض زہری)

کیفیت :- یہ صورت بعض اوقات مجرای بول کے سوزاکی
 التهاب میں ظاہر ہوا کرتی ہے۔ (جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جراثیم
 سوزاکی دوران خون میں شامل ہو کر مفصل میں پہنچ جاتے ہیں)
 ایک یا ایک سے زیادہ مفاصل خصوصاً گھٹنے ٹخنے اور پہونچے پر
 اس کا حملہ ہوا کرتا ہے +

اس کی تین قسمیں ہیں +

ایک قسم میں التهاب زلالی حاد واقع ہوتا ہے، جس میں
 ابتداء ہی سے درد ہوتا ہے، اور رطوبات کا معمولی طور پر انصباب
 ہوتا ہے، لیکن پیپ نہیں پڑتی +

دوسری قسم میں التهاب زلالی تحت الحاد واقع ہوتا ہے
 جس میں بہ نسبت حادث کے ترشحات التهابیہ (رطوبات) کا اجتماع
 زیادہ ہوتا ہے +

۱۔ گنوریل ڈیزیز +

۲۔ نیوکا کس +

۳۔ اینٹی نیوکا کلیرم +

تیسری قسم میں مفصل کے اجزاء محیطہ میں مرضی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، اذیاء یا تیج پیدا کرنے والے مواد کے انصاف کی وجہ سے رباطات اور کیس مفصلی متورم اور نرم ہو جاتے ہیں یہ مرض عام طور پر بہت پریشان کن ہوتا ہے۔ اور علاج کرنے سے آسانی قابو میں نہیں آتا۔ اس لئے اس مرض کا انجام تجر اور خلع کی صورت میں ہونا کوئی غیر معمولی بات نہیں ہے +

علاج - مجری بول سے جو مواد خارج ہو رہے ہیں، جلد تر اسکی اصلاح و تدبیر کی جائے +

مفصل کو سکون دیں اور اس پر نطولات و تکیدات استعمال کریں۔ جب درد میں قدرے سکون ہو جائے، تو اس مقصد کے لئے کہ زیادہ مواد جمع نہ ہونے پائیں، جوڑوں پر دباؤ ڈالیں، اس مقصد کے لئے مفصل کو پٹی سے کسر باندھ دیں، شدید صورتوں میں بستر یہ ہے کہ مفصل کو بذریعہ شکاف کھول کر اسے دھوئیں، بعد ازاں اخراج مواد کا انتظام کئے بغیر اسے بند کر دیں۔ سوزاکی تلیج کی غیر سمی پچکاریوں سے بھی بہتر نتائج مترتب ہوا کرتے ہیں۔

۵ شروع میں بازاری تلیج استعمال کریں۔ لیکن جب قدر جلد ممکن ہو۔ ذاتی تلیج تیار کر کے اس کی پچکاریاں نکالیں۔ کہا جاتا ہے کہ سوزاکی فائی لاکو جن کی پچکاریاں بھی تلیج کے برابر اثر رکھتی ہیں +

مفاصل کا مرض درنی (مرضِ سلی)

۱) التهاب مفصلی درنی :- مفصل میں یہ مرض تین طور پر ہوتا ہے رالٹ، غشار زلائی سے اس کی ابتداء ہوتی ہے، یا رب، ٹپی کے گرد و سہ سے اس کی ابتداء ہوتی ہے، یا (رج) غشار اعظم سے پیل کر غشار زلائی تک پہنچ جاتا ہے +

اسباب :- اس مرض کا سبب عظمی درنی نامی جراثیم ہوتے ہیں۔ جو ذی استعداد مریض کے جسم میں پرورش پانے لگتے ہیں۔ یہ استعداد گاہے تواریث کے ذریعہ پہنچتی ہے اور گاہے عام بدنی صحت کی کمزوری کی وجہ سے۔ بعض اوقات کسی مقام پر خفیف سی چوٹ لگ جانے سے قوت حیوانیہ (قوتِ غنثا) اتنی کمزور ہو جاتی ہے کہ عظمی درنی وہاں نوپا کر مرض کی ابتداء کر دیتے ہیں +

تغییرات مرضیہ :- حسب قاعدہ کسی ایک مقام سے درن (داند) کا بننا شروع ہوا کرتا ہے، جو ایک عرصہ کے بعد ہی عمومی صورت میں نمودار ہو سکتا ہے۔ چنانچہ غشار زلائی میں اُدران (عظمی درنی کے دانے) ابتداءً نمودار ہوتے ہیں، پھر ان میں تجبن شروع ہو جاتا ہے، پھر یہ دانے بڑھ کر باہم مل جاتے ہیں۔ جو بالآخر تجلیف مفصل میں پھوٹ پڑتے ہیں، جس سے عمومی عددی (تلوث عام) ہو جاتا ہے +

لہٰذا ٹیوبیکو رڈیز آف جاسٹنز + سٹیکہ کسی اسے سنن +

لہٰذا ٹیوبیکل بے سی لس +

اسی اشار میں غشاء زلالی دبیر ہو جاتی ہے۔ اور غضروف مفصلی کے کناروں کے قریب جھالہ میں بنالیتی ہے۔ پھر غشاء زلالی انگوڑی ساخت میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ اور یہ انگوڑی ساخت بڑھ کر غضروف مفصلی کو متفرج کر کے گلا دیتی ہے۔ اس طرح عمل تفرج اور عمل تاکل سے غضروف مفصلی جب ضائع ہو جاتی ہے۔ تو یہ مرض ہڈی تک پہنچ جاتا، اور غشاء غظلی کو شریک کر لیتا ہے۔ ہڈی میں ابتداءً ایک جگہ مادہ مترسب ہوتا ہے، جو التهاب غظلی لین کی صورت میں تبدیل ہو جاتا ہے؛ پھر درنی حصہ (درنی رقبہ) میں گاہے تجبن کا عمل جاری ہو جاتا ہے، اور آخر کار خراج مُزمن بن جاتا ہے؛ اور گاہے یہ حصہ مردہ ہو کر الگ ہو جاتا ہے، اور اسکے ارد گرد کی ساخت میں تَصَلُّب آ جاتا ہے +

علامات :- ابتدائی درجات میں علامات قطعی طور پر زیادہ نمایاں نہیں ہوتیں۔ خصوصاً جبکہ مرض ہڈی سے ہی شروع ہوا ہو البتہ مفصل کو زیادہ استعمال کرنے کے بعد اس میں ہلکا سا درد ہونے لگتا ہے۔ لیکن تھوڑے ہی عرصہ کے بعد ابتدائی علامات ظاہر ہونے لگتی ہیں۔ یعنی (۱) سطح مفصل زیادہ گرم ہو جاتی ہے۔ (۲) مفصل کے اندر کم و بیش رطوبت جمع ہو جاتی ہے (۳) حرکات مفصل میں خلل آ جاتا ہے۔ (۴) مفصل کے عضلات محرکہ لاغر ہو جاتے ہیں (۵) عظام مفصل کے سرے دبیر ہو جاتے ہیں۔ (۶) مریض لہ التهاب غظلی لین (ریبری فانگ آسٹائیٹس) ہڈی کا وہ التهاب جس میں

اجزاء ارضیہ کم اور اجزاء حیوانیہ زیادہ ہو جاتے ہیں +

مفصل کو عموماً ایسی وضع میں رکھتا ہے۔ جو اس کے لئے سب سے زیادہ سکون بخش و آرام دہ ہو۔ یعنی قدرے انقباضی وضع میں کیونکہ اس وضع میں فضا، مفصل کے اندر اجتماع رطوبات کے لئے زیادہ گنجائش ہوتی ہے (۱)، عکس ریز کے سوائے سے التہاب غلیظ تین دکھائی دیتا ہے۔ مرض کے آخری درجوں میں خراج بننے لگتے ہیں، درد میں شدت ہو جاتی ہے حتیٰ کہ شب کے وقت وجع تشنجی ظہور کرنے لگتا ہے اگر خراج پھوٹ جائیں اور یہ عددی ثانیہ سے ملوث ہو جائے تو حسی دینی شروع ہو جاتا ہے۔ اگر یہ حالت زیادہ عرصہ تک رہ جائے تو اندرونی اعضا میں فساد نشانی پیدا ہو جاتا ہے، جو مریض کو نڈہال کر کے ختم کر دیتا ہے۔ بذات خاص مفصل بھی بے ڈھنگا ہو جاتا ہے اور رباطات مفصل اس قدر ڈھیلے پڑ جاتے ہیں کہ قطع واقع ہونے کا احتمال بہت غالب ہو جاتا ہے +

نتائج :- (۱) اگر جلد ہی مناسب علاج کیا جائے، تو ممکن ہے کہ شفا رکلی حاصل ہو جائے، اور مفصل کی حرکت بھی قائم رہے +
(۲) جب مفصلی سطحیں خراب ہو جاتی ہیں، تو شفا بصورت التصاق ہوتی ہے +

(۳) جب اس مرض میں عفونت (تلیث) واقع ہو جاتی ہے، تو گنا ہے اگرچہ صحت حاصل ہوتی ہے، مگر دیر میں، اور وہ بھی اس شکل میں کہ مفصل میں التصاق ہو جاتا ہے، اور اسکی شکل فاسد ہو جاتی ہے +

۱۵ ریری فانگ آسٹیا کی ٹس + ۱۶ اسٹارٹنگ پین +

لیکن عام قاعدہ یہی ہے کہ اگر مناسب علاج نہ کیا جائے، تو فسادِ نشانی کی وجہ سے مرین راہی ملک عدم ہو جاتا ہے +
(۴) گاہے اس مقامی مرض سے عمومی مرض درنی ہو جاتا ہے جو آخر کار ہلاکت کا سبب بن جاتا ہے +

انذار مرض :- انذار مرض کا انحصار اس بات پر ہے کہ مرض کا علاج کس درجہ میں شروع کیا گیا ہے، اور یہ کہ مرین عمدہ غذا و صوب اور تازہ ہوا کا کافی عرصہ تک انتظام کر سکتا ہے، یا نہیں۔ چھوٹے بچے، بوڑھے اور جنہیں پھیپھڑوں کی سل جہ، عمدتاً صحت کی طرف رجوع نہیں کرتے۔ لہذا ایسے لوگوں کے لئے علاج کا مقصد صحت کلی نہیں ہو سکتا، بلکہ موجودہ قوتوں کی حتی الامکان نگہبانی مدنظر ہوتی ہے، کہ وہ زیادہ سے زیادہ عرصہ تک جی سکے (الغرض علاج شافی کی بجائے علاج حارس بتانا چاہئے) +

علاج :- اس کے علاج کو دو حصوں میں بیان کیا جا سکتا ہے (۱) عمومی اور (۲) مقامی +

(۱) عمومی علاج :- تازہ ہوا، و صوب، اور عمدہ غذا مرض درنی کے ابتدائی درجات کے علاج میں بہت مؤثر چیز ہے۔ علاوہ ازیں درین (ٹیوبیکولین) کی پچکاریاں روغن ماہی (کاکٹر لیور آئل) لوہے کے مرکبات اور گائے کال بھی مفید دوائیں ہیں +

لہامی لائڈٹوی جن رسے شن + لکھ گائے کال ایک بے رنگ روغن جیسی دوائی ہے علاج شافی (کن سرکٹو ٹریٹ منٹ) + جو سل اور مرض درنی میں مفید ہوتی ہے، مقامی کے علاج حارس (کس پک ٹینٹ ٹریٹ منٹ) + طور پر مانع عفونت خاصیت رکھتی ہے +

جدید علاج :- اس مرض کے لئے حال ہی میں بنفشین
(ٹینکچر آئیوڈین) بھی بہت مفید ثابت ہوا ہے۔ جو بہ نسخہ
قربا دین برطانیہ روح مصفے سے تیار کیا گیا ہو اسے پانی
میں حل کر کے (محلول نصف فی صدی کا ہو) ذریعہ پچکاری
استعمال کیا جاتا ہے، اس نصف فی صدی محلول کی پسلی
پچکاری ایک یا دو ماش (سینٹی میٹر) شروع کر کے بہت درج
پانچ یا دس ماش (سینٹی میٹر) تک دے سکتے ہیں۔ یہ پچکاری
ہفتہ میں دوبار لگائی جاتی ہے۔ درمیں (ٹیوبرکولین) کی
پچکاریاں بھی مفید ہوتی ہیں۔ بشرطیکہ اس کے لئے مناسب
انتظام مہیا ہو سکے۔ اور اس کے استعمال میں غلطی نہ ہو جائے
اس کے لئے ایک خاص قسم کی پچکاری ہوتی ہے اسے
نہایت قلیل مقدار سے شروع کرنا چاہئے۔ کیونکہ اگر ذرا
بھی زیادہ دے دی گئی۔ تو نہایت مضر ہوتی ہے +

مقامی علاج :- چونکہ مقام مرض یعنی درنی رقبہ کے چاروں
طرفن مزمن التهاب موجود ہوتا ہے۔ جو مرض کے پھیلنے میں آسانیاں
پیدا کرتا ہے، کیونکہ اس مزمن التهاب کی وجہ سے ان مقامات
کی قوت مناعت کمزور ہو جاتی ہے، اس لئے اس کے علاج کا مقصد
یہ ہونا چاہئے کہ حتی الامکان مرض کو بڑھنے نہ دیا جائے، اور اسکے
پھیلنا روکا جائے +

اس کے لئے اب تک جو مؤثر ترین ذریعہ معلوم ہے وہ یہ ہے
کہ مفصل کو مکمل سکون دیا جائے۔ سکون کے لئے جو مناسب تدابیر

اور آلات استعمال کئے جاتے ہیں، وہ کام میں لائے جائیں) مثلاً لازوقہ، چھڑہ، یا لکڑی کے جبیرے وغیرہ۔ اس کے ساتھ ہی ماؤن مفصل میں اگر کسی قسم کی بد وضعی (سیلان) موجود ہو تو تمہید (تناؤ) استعمال کی جائے، تاکہ اس سے عضلات تک جائیں، اور اس کی قوت انقباضیہ بدرجہ غائب ہو جائے۔ اس سے فائدہ یہ پہونچے گا کہ ہڈیوں کی انتہائی سطحیں عضلات کے مسترخ ہونے کے باعث آپس میں دباؤ کم کھائیں گی +

.. سطح مفصل پر تھیلج مقابل (امالہ مقابل) کرنے سے بھی فائدہ حاصل ہوتا ہے، چنانچہ اس کے لئے ماؤن مفصل پر آبلے اٹھائے جاتے ہیں۔ یا مفصل کو کسی کاوی سے داغ دیا جاتا ہے +

صَّغَط (دباؤ) - (۱) مرض کے ابتدائی درجات میں ماؤن مفصل پر اسادہ اسکاٹ استعمال کر کے پٹی سے باندھ رکھنا بھی مفید ہے +

(۲) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ غشاء زلالی اور ماؤن مفصل کی تحریکات اندطیبہ نفل بنفشی کے آئیڈیوٹ فارم ایلشن کی پچکاری بھی عمدہ علاج ہے (۳) بطریقہ بار ماؤن مفصل کے بالائی اور زیرین جانب

۱۵ باسٹر	دس حصہ نفل بنفشی حل کر کے طیبہ ایلشن
۱۶ کاوی رکائری +	تیار کریں، اور بذریعہ پچکاری روزانہ
۱۷ اسادہ اسکاٹ اسکاٹ ڈرنگ	دو تین درہم (ڈرام) حسب ضرورت
جسکا ذکر پہلے گذر چکا ہے +	مفصل کے اندر بھریں +
۱۸ یعنی سو حصہ حلون (گلیسرین) میں	

رہی کی پٹی باندھ کر ویدی احتقان پیدا کیا جاتا ہے، اور روزانہ دو گھنٹے تک اس عمل کو جاری رکھا جاتا ہے +

تدابیر جراحی :- مفصل سے باہر اگر خراج نمودار ہوں تو آرشافطہ (مصاصہ) کے ذریعہ جذب کر کے ان کا مواد نکال دینا چاہئے۔ اگر ضرورت داعی ہو تو اس عمل کو مکرر بھی کیا جاسکتا ہے۔ اگر مذکورہ بالا علاج حارص کے باوجود مرض ترقی ہی کرتا ہوا چلا جائے تو مندرجہ ذیل تین اعمال کئے جاسکتے ہیں :-

۱) قطع مفصل (۲) عمل تعلیم (۳) عمل ہتر +

۱) قطع مفصل :- اس عمل میں درنی مواد کو مکمل طور پر نکال دیا جاتا ہے، لیکن حتی الامکان اس امر کی کوشش کی جاتی ہے کہ ارد گرد کی تندرست ساختوں کو قطعاً نقصان نہ پہونچنے پائے۔ چنانچہ مفصل کو کھیل کر غشاء زلالی پورے طور پر نکال دی جاتی ہے اور ہڈی کا مائوف رقبہ (منقر کے ذریعہ) کھرت کر صاف کر دیا جاتا ہے۔ اس عمل کے بعد مفصل اکثر اوقات بے حرکت ہو جاتا ہے، لیکن ہڈی کے نو میں کسی قسم کا خلل واقع نہیں ہوتا +

۲) عمل تعلیم :- مذکورہ بالا عمل قطع مفصل کی طرح اس میں بھی غشاء زلالی کو مکمل طور پر نکال دیں، اور مفصل بنانے والی

۴۵ ویدی احتقان (دوسے انس انگارچ) ۴۵ آرتھر کٹومی (قطع مفصل) +

منٹ) ویدی اجتماع خون + ۴۵ عمل تعلیم (اکسیژن) +

۴۵ آرمصاصہ (رشافطہ) اسپائی ریٹر + ۴۵ عمل ہتر (اپوٹے مشن) +

۴۵ علاج حارص (اکسپکٹینٹ طریقہ منٹ) ۴۵ منقر (گاج) +

ہڈیوں کے سرے آری سے کاٹ کر پھینک دیں، نیز تمام اُن سطوح کو بھی چھیل کر صاف کر دیں جو غضروف سے ڈھکی ہوئی ہیں بعد ازاں کٹی ہوئی سطوح کو ملا کر قائم کر دیں۔ کچھ عرصہ کے بعد یہ ہڈیاں باہم ملتصق ہو جائیں گی۔ لیکن شانے اور کتینی کے مفصل میں اس عمل کے بعد کم و بیش حرکت کے باقی رہنے کی امید ہوا کرتی ہے۔

کسی مریض کے لئے عمل تعلیم یا قطع مفصل کے انتخاب کے وقت زیادہ تر تین امور کو دیکھا جاتا ہے:-

(۱) عمل تعلیم میں مرض کے کلیہ زائل ہو جانے کا امکان بہ نسبت قطع مفصل کے زیادہ ہے۔

(۲) اطراف بالا اور کوٹھے یا ٹخنے کے امراض میں قطع مفصل کا عمل زیادہ مفید ہوتا ہے۔ کیونکہ اس عمل کے بعد مفصل کے حرکات قدرے باقی رہ جاتے ہیں اور مفصل کسی حد تک کارآمد رہ سکتا ہے لیکن گھٹنے میں ایسے کمزور ملتصق مفصل سے بہتر یہ ہے کہ اسکی حرکت بالکل جاتی رہے، اس لئے اس مفصل میں بجائے قطع مفصل کے عمل تعلیم ہی کرنا چاہئے۔

(۳) عمل تعلیم سے مفصل کا نمو چونکہ رک جاتا ہے۔ اس لئے سولہ یا اٹھارہ سال کی عمر سے پہلے اس عمل کو ہرگز نہ کرنا چاہئے۔ بخلاف ازیں قطع مفصل کے بعد نمویں زیادہ خلل واقع نہیں ہوتا۔ بچوں اور بوڑھوں میں عمل تعلیم بُرے نتائج پیدا کرتا ہے۔ کیونکہ ان میں قوت مدبّرہ ناکافی ہوتی ہے۔ ہذا بچوں میں قطع مفصل یا فتح مفصل اور بوڑھوں

میں عمل بتر کرنا چاہئے +

(۳) عمل بتر۔ یہ عمل ان بوڑھے یا کمزور مریضوں کے لئے اختیار کیا جاتا ہے۔ جن کی ہڈیوں اور نرم ساختوں میں مرض دیر تک پھیل چکا ہو، یا جن کے انشا میں فساد نشائی پیدا ہو گیا ہو یا جن مریضوں میں عمل تعلیم بھی ناکام ثابت ہو چکا ہو نیز جن لوگوں میں مرض درنی کے ساتھ ہی دوسرے جراثیم بھی شامل ہو گئے ہوں +

مخصوص مفاصل کا مرض درنی

مفصل کتف کا مرض درنی :- مفصل کتف مرض درنی میں زیادہ تر مبتلا نہیں ہوا کرتا ہے۔ اس میں جوخراج نمودار ہوتے ہیں، انکا منہ عضلہ ذالیہ کے کنارے پر سامنے یا پیچھے کی طرف نمودار ہوا کرتا ہے +

علاج :- اس میں عظم العنصلہ کے سر کی تعلیم کی ضرورت لاحق ہوتی ہے +

مفصل مرفق کا مرض درنی (تدرن مرفق) :- مرفق میں مرض درنی اکثر ہوا کرتا ہے۔ مرض یا تو زند اسفل کے زائدہ مرفق سے یا منصل بن الزندین، ملی کی غشاء زلالی سے شروع ہوتا ہے +

علاج :- اصول علاج یہ ہے کہ بچوں میں مفصل کو لازوقہ میں قائم کر کے مکمل سکون دیا جائے بچوں میں قطع مفصل کر دیا جائے۔

۱۔ ٹولڈر جوائنٹ (مفصل کتف) +	۲۔ مرفق (دُلبُور) +
۳۔ عضلہ ذالیہ (ڈٹاڈیس مسل) +	۴۔ مفصل بین الزندین (ویڈیو انٹرو جوائنٹ) +

اور جوانوں میں اس عمل (عمل تسلیم) کے وقت کافی مقدار میں ہڈی نکال دینی چاہئے حتیٰ کہ دونوں سروں کے درمیان ایک قیراط (ایک انچ) کا فاصلہ ہو جائے۔ بعد ازاں مفصل کو جڑنے کا موقع دیا جائے۔ اگر کسی وجہ سے مذکورہ بالا عمل جراحی نہ کیا جاسکے اور راج حارس سے ہی اتفاق ہو رہا ہو۔ تو اس صورت میں مفصل کو زائد قائم پر قائم کر دینا چاہئے۔ تاکہ التصاق ہو جانے پر بھی مفصل زیادہ کارآمد وضع میں رہ سکے +

مفصل رشح کا مرض درنی (تدرن رشحی) :- پہنچے میں اس مرض کی ابتدا، گاہے ہڈی سے اور گاہے غشاء زلالی سے ہوتی ہے علاج :- ماؤن مفصل کو عرصہ دراز تک سکون دینے سے گاہے مرض رشح ہو جاتا ہے۔ اگر اس میں کامیابی نہ ہو، تو عمل تعلیم کرنا چاہئے لیکن بڑے بزرگوں میں اکثر اوقات عمل بتر ضروری ہو جاتا ہے +

مفصل ورک اور مفصل عجزی حرقنی کے امراض علویہ طبر پر اگلے صفحات میں بیان کئے جائینگے +

مفصل رکبہ کا مرض درنی (تدرن رکبی) :- یہ مرض گھٹنے کی مفصل میں عموماً لاحق ہوا کرتا ہے، چنانچہ مرض گاہے ہڈی سے اور گاہے غشاء زلالی سے شروع ہوتا ہے۔۔۔ مرض کے آخری درجات میں قصبہ کبریٰ۔۔۔ اندر عموماً زینقان ثلاثی (تین قسم کی بد وضعیاں) پایا جاتا ہے: یعنی قصبہ کبریٰ منقبض ہو جاتی ہے، باہر کی جانب گھوم

۱۔ ٹریپل ڈس پلیس منٹ +

۲۔ سب بائٹ +

۳۔ سبک وائی اک بائٹ +

جاتی ہے۔ اور کسی قدر پیچھے کی جانب متقلع ہو جاتی ہے +
 علاج :- عرصہ دراز تک تعاس کے جبرہ رکبہ کے ذریعہ
 مفصل کو بے حرکت کرنے (تثبیت) اور اس کے ساتھ ہی عمومی برنی
 علاج کے جاری رکھنے سے اکثر مریض شفا یاب ہو گئے ہیں۔ اگر مذکورہ
 بالاتر اذیبت ناکام ثابت ہوں۔ تو نوجوان میں آزادی کے ساتھ قطع
 مفصل کر دینا چاہئے۔ لیکن علاج مابعد بہت احتیاط کے ساتھ جاری
 رکھنا چاہئے، تاکہ بے تاعدہ نو کے باعث بد وضعی نہ پیدا ہو جائے
 مثلاً ٹکٹھ کے سامنے یا پیچھے کی طرف
 ڈاکر نہ رہ جائے (رکبہ قداسیہ اور
 رکبہ خلفیہ) +

بسن نو کے ختم ہونے کے بعد قطع مفصل سے بہتر عمل تعلیم ہے +
 مفصل کعب کا مرض درنی (تَدْرِنِ کعبی) :- اس میں
 مرض کی ابتداء لگا ہے غشاء زلالی سے اور لگا ہے عظم الکعب سے
 ہوتی ہے +

علامات :- ورم یا سوجن مفصل کے مقدم جانب اور دار
 ہوتا ہے، جو اوتار کو سامنے کی طرف، یا عروق کے دونوں جانب
 یا گٹوں کے سامنے ڈھکیل دیتا ہے + مفصل کی طبعی حرکات میں
 خلل آ جاتا ہے۔ مفصل چھوٹنے سے گرم معلوم ہوتا، اور عضلات
 مفصل کمزور و لاغر ہو جاتے ہیں +

علاج :- مرض کے ابتدائی درجات میں مفصل کو مکمل سکون
 دینے کی کوشش کرنا چاہئے۔ اگر یہ علاج ناکام ثابت ہو تو عمل قطع

مفصل کرنا چاہئے اور اس کے ساتھ ہی عظم الکعب کو بھی نکال دینا چاہئے۔ اگر مذکورہ بالا عمل کے بعد بھی مرض کی ترقی میں کمی نہ آئے تو گٹوں سے اوپر پاؤں کو کاٹ دینا چاہئے +

مفاصل کے آتشکی امراض

آتشک خواہ اکتسابی ہو، یا خلقی (دراثی) دونوں صورتوں میں مفصل ماؤن ہو سکتا ہے +

آتشک اکتسابی کے دوسرے درجہ میں گاہے مفاصل کے اندر دردِ لآلم (المفاصل) پیدا ہو جاتا ہے، اور گاہے التهابِ لالی جو عموماً درد سے خالی ہوتا ہے، اور مُزمن صورت میں نمودار ہوا کرتا ہے۔ اس التهاب میں زیادہ تر عورتیں مبتلا ہوا کرتی ہیں۔ لیکن یہ التهاب گاہے نوبت کی صورت میں اور درد کے ساتھ بھی ہوتا ہے +

آتشک کے تیسرے درجہ میں التهابِ زلالی صغی پیدا ہوا کرتا ہے، جو گاہے مفصل کے کسی خاص حصے میں محدود ہوتا ہے اور گاہے غشاء زلالی میں دور تک پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ یہ بمقابلہ التهاب زلالی درنی کے کم دردناک ہوتا ہے، مفصل کو بھی اتنا بیکار نہیں کرتا اور علاج سے جلد اچھا بھی ہو جاتا ہے +

التهابِ مفصلی غضروبی بھی گاہے پیدا ہو جاتا ہے، جس میں

۱۔ سائی نو دوائی ٹس +	۲۔ ایکوارٹڈ +
۳۔ گے ٹس سائی نو دوائی ٹس +	۴۔ ان ہے ری ٹڈ +
۵۔ کانڈرود آر تھرائی ٹس +	۶۔ آر تھریلجیا

ہڈیاں اور کربیاں ماؤت ہو جاتی ہیں۔ اسکی بڑی خصوصیت یہ ہے کہ غضروف کی اصل افقی طور پر یعنی (ریشہ دار) بن جاتی ہے، ہڈی میں چھوٹے چھوٹے عین گڑھے ہو جاتے ہیں، مگر اس میں صلابت (عاجیت) پیدا نہیں ہوتی؛ التهاب مفصلی غلطی سے اسکی تشخص اس طرح ہوتی ہے کہ التهاب مفصلی غضروبی میں درد خفیف طور پر پہلے خشخش (صریر) غائب ہو جاتا ہے، لے کناروں (حاشیوں) پر غصنا لیتے ہیں تو انی لب بن جایا کرتے ہیں وہ ہمیں نہیں بنتے۔ علاج :- ان تمام امراض میں وہی علاج کرنا چاہئے، جو آتشک میں کیا جاتا ہے۔

خلقی (دورانی) آتشک میں بچوں کے التهاب مفصلی حادثہ بعض لوگ آتشک کی طرف منسوب اور اس سے وابستہ کرتے ہیں؛ لیکن گمان غالب یہ ہے کہ یہ آتشک کی وجہ سے نہیں ہوتا، بلکہ جراثیم قحیجہ (صدیہ) کی وجہ سے پیدا ہوا کرتا ہے۔ گلہ اس مرض میں اشتقاق مفصلی (ما، المفصل) مزمن صورت میں درد کے بغیر لاحق ہوا کرتا ہے؛ لیکن زیادہ خصوصاً حالت (عارضہ) وہ ہے، جبکہ التهاب زلالی مضی متناسب (متوافق) کہا جاتا ہے، اور جو عموماً آٹھ سے پندرہ سال کے بچوں میں دونوں گھٹنوں کے اندر ہوا کرتا ہے، اور علاج سے جلد ہی زائل بھی ہو جاتا ہے۔

خلقی آتشک میں لگا ہے التهاب زلالی صمغی، اور

۱۵ باؤبج تک آرگے نرم (جراثیم قحیجہ) +

۱۶ ہڈی دار تھروس +

۱۷ سہی ٹریکل سیرس سائی نوڈائی ٹس +

۱۸ گئے ٹس سائی نوڈائی ٹس +

۱۹ میٹارکس +

۲۰ آبرنے شن (عاجیت) +

۲۱ آسٹیو آر تھرائی ٹس +

۲۲ کھوٹ آر تھرائی ٹس +

التهاب مفصلی غضروفی بھی لاحق ہوا کرتا ہے +
 آتشک اکتسابی اور وراثی، دونوں، میں گاہے ارتعاشی
 انتقالی (ذبول ظہری) اور فاج عمومی کے ساتھ التهاب مفصلی عصبی
 (مفصل شارکوٹ) ہوا کرتا ہے +

التهاب مفصلی عظمی

اس عنوان کے ماتحت مفاصل کے چند امراض کا ذکر کیا جاتا
 ہے، جنکی اصلیت اور حقیقی سبب اب تک مبہم ہے۔ چنانچہ اسکے سبب
 کے متعلق مختلف لوگوں نے مختلف خیالات پیش کئے ہیں؛ مثلاً:-

(۱) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ رطوبت اور بردت کا لگنا اس
 مرض کے پیدا کرنے میں کچھ اثر رکھتا ہے +

(۲) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ اس مرض کا اصلی سبب عصبی
 خرابیاں ہیں، کیونکہ ذیابیطس میں بالکل اسی قسم کا مرض لاحق ہوتا ہے
 جس کے ساتھ التهاب عصبی محیطی موجود ہوتا ہے، علیٰ ہذا ارتعاش
 انتقالی (ذبول ظہری) میں ایک مرض لاحق ہوتا ہے، جسے مرض
 شارکوٹ (التهاب مفصلی عصبی) کہا جاتا ہے، یہ بھی دراصل ایک قسم کا

۱۵ آسٹو آرٹھرائٹس +	۱۵ کانٹارو آرٹھرائٹس +
۱۶ پیری فیرل نیورائیٹس +	۱۶ ارتعاش انتقالی (لوکو موٹر ٹیکس) ٹی بیڈرٹس
۱۷ لوکو موٹر ٹیکس +	۱۷ جنرل پیرائیٹس +
۱۸ ٹی بیڈرٹس سے سس +	۱۸ نیورو پے تحک آرٹھرائٹس +
۱۹ شارکوٹ ڈیفرینڈ +	۱۹ شارکوٹس جانٹ +
۲۰ نیورو پے تحک آرٹھرائٹس +	

التهاب مفصلی غلیظی ہی ہے +

(۳) بعض لوگوں کا خیال ہے کہ اس مرض کا سبب جراثیم ہوتے ہوتے ہیں؛ یا یہ کہ اسکا باعث وہ سینک کا انجذاب ہے، جسکا بیشتر اور کثیر البتورق ذریعہ تیغ بناتے (موسڑھوں میں پیپ کا ہونا) ہوا کرتا ہے۔ (۴) بعض مریضوں میں حالات دریافت کرنے پر اس بات کا پتہ چلتا ہے کہ ماؤن مفصل میں کبھی کوئی آفت ہو چکی ہے، مثلاً اس میں کبھی مویج آگیا ہے، چوٹ لگی ہے، ہڈی ٹوٹ گئی ہے، یا خلع واقع ہو چکا ہے۔ لیکن ہر مریض میں اس قسم کی تاریخ لازمی طور پر نہیں ملا کرتی ہے +

(۵) یہ بھی خیال کیا جاتا ہے کہ تغیرات شیخوخیہ بھی مفاصل میں اس قسم کے امراض پیدا کرنے میں عمل و دخل رکھتے ہیں +

تغیرات مرصنیہ :- غضروف کے خلیات میں ان کے اکسٹس کے اندر تکاثر ہوتا ہے، جس سے یہ پتیلیاں پھٹ جاتی ہیں اور یہ خلیات مفصل میں پھوٹ پڑتے ہیں۔ غضروف کے اصل نامی جدر میں ریشے پیدا ہو جاتے ہیں، جو مخل یا قالین کے روؤں کے مانند نظر آتے ہیں۔ غضروف نرم ہو جاتا ہے، اور جہاں دباؤ پڑتا ہے وہاں سے ضائع ہونے لگتا ہے، یہاں تک کہ یہاں سے ہڈی کی سطح عریان ہو جاتی ہے۔ پھر یہ استخوانی سطح رگڑ کھاتے کھاتے سخت، مستحجر اور عاج (ہاتھی دانت) کے مانند چکنی ہو جاتی ہے (عاجیت)۔ اس

۱۵ کیپ غولز +

۱۵ ای برنے شن +

۱۵ سین ڈاکسین +

۱۵ پائی اور ہیا الوی اولیرس +

تصلب رنجی کے باوجود ہڈی برابر گھستی اور ضائع ہوتی رہتی ہے حتیٰ کہ گاہے ہڈی میں نشیب پیدا ہو جاتا ہے، اور اسکی لمبائی کم ہو جاتی ہے۔ اسکے ساتھ ہی غضروف کے کنارے (حواشی) بڑھتے چلے جاتے، اور کنگرہ کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ ان کنگروں میں گاہے ٹالووی طور پر ہڈی پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ ہڈی گاہے حرکات مفصل میں خرابی ڈال دیتی، اور گاہے ٹوٹ کر جدا ہو جاتی ہے، اور مفصل کے اندر آزاد پڑی رہتی ہے۔ اس مرض میں مفصل کے جوف کے اندر رطوبت کا انصباب گاہے ہوتا ہے، اور گاہے نہیں ہوتا +

علامات :- چونکہ اسکی دو قسمیں (مزمن اور حاد) ہیں، اسلئے دونوں کی علامتیں الگ بیان کی جاتی ہیں۔ پھر مزمن قسم چونکہ کثیرا تو قوع ہے، اسلئے پہلے اسی کے علامات کا ذکر کیا جاتا ہے +
قسم مزمن :- قسم مزمن گاہے وَحْدًا اِنِّی الْمَفْصَلُ ہوتی ہے اور گاہے کثیرا الْمَفْصَلُ۔ یعنی گاہے یہ مرض صرف ایک ہی جوڑ میں ہوتا ہے، اور گاہے متعدد مفاصل میں

قسم وَحْدًا نِی عموماً چوٹ وغیرہ (آفت دضرب) لگنے کے بعد ظاہر ہوتی ہے۔ اسکی علامت یہ ہے کہ حرکت و ریاضت شروع کرنے پر درد پیدا ہوتا ہے، جو تھوڑی دیر کے بعد زائل ہو جاتا ہے + اسی طرح موسم جب مرلوب ہو جاتا ہے، تو بھی جوڑ میں درد پیدا ہو جاتا

علامہ ابن سینا کی رو سے +

علامہ ابن سینا کی رو سے +

ہے۔ علیٰ ہذا حرکت کے وقت رگڑ کی تیزا درباریکہ آواز پیدا ہوتی ہے۔
 گاہے مفصل کے اندر رطوبت کا اجتماع بھی پایا جاتا ہے۔ درجات
 متاخرہ (بعد کے درجات) میں غضروبی کنگرے بن جاتے ہیں، اور
 درد کی شدت بڑھ جاتی ہے، جس سے گاہے عضو بے کار ہو جاتا ہے
 حرکات مفصل محدود ہو جاتی ہیں، اور عضلات متعلقہ لاغر ہو جاتے ہیں
 قسم کثیر المفاصل۔ چوٹ (آفت) کا نتیجہ نہیں ہوا کرتی ہے،
 اور یہ زیادہ تر ادھیڑ عمر کی عورتوں میں لاحق ہوتی ہے۔ اس میں
 پوروں کئی درمیان کے جڑ (مفاصل) شلایا سب سے پہلے
 ماؤنٹ ہوتے ہیں، چنانچہ یہ خفیف متورم ہو جاتے، اور انکی حرکت
 محدود ہو جاتی ہے۔ مفاصل کے گرد استخوانی زوائد پیدا
 ہو جاتے ہیں۔ اس کے بعد دوسرے مفاصل بھی ماؤنٹ ہو جاتے
 ہیں، اور مرنس اتنا بڑھتا ہے کہ کئی وقت مریض بالکل بیکار اور
 پانچ ہو جاتا ہے۔

قسم چار: گاہے قسم کثیر المفاصل نوجوانوں میں کسی عضو فی
 (متعدی) مرض کے بعد پیدا ہوتی ہے۔ اس میں چھوٹے چھوٹے
 مفاصل پہلے ماؤنٹ ہوتے ہیں، اسکے ساتھ مریض کی بدنی حرارت
 بڑھی ہوئی ہوتی ہے (بجائے ہوتا ہے) خرابی خون (دُورۃ البقیۃ) کی
 شکایت ہوتی ہے، جلد پر دھبے ہوتے ہیں، عضلات لاغر ہو جاتے
 ہیں، اور مرنس مدد مائیدہ (مفاویدہ جاذبہ) بڑھ جاتے ہیں۔

تشخیص :- التھائیب زلالی مرنس اس مرنس سے مشابہ ہے

لہ مفاصل سادہ (تھائیب) نہیں جانتے، لہذا (بقیۃ) کہہ کر ایک سالی نوادائی نس

اس لئے اس سے تشخیص کرنے کی ضرورت پیش آتی ہے؛ چنانچہ اسکی تشخیص کا ذریعہ یہ ہے کہ اس مرض (التاب مفصلی عظمی) میں درد تھوڑی سی حرکت و ریاضت کے بعد دور ہو جاتا ہے، نیز حرکت کے وقت رگڑ کی باریک آواز پیدا ہوتی ہے، اور گاہے غضروف کے کنگرے بھی نرہ دار ہوتے ہیں +

اسی طرح اسکی تشخیص مرض شارکوٹ (التاب مفصلی عصبی) سے اس طرح کی جاتی ہے کہ اس مرض میں علامات دعوارض ہلکے اور لمبے ہوتے ہیں، برخلاف اس کے مرض شارکوٹ میں حملہ مرض شدت کے ساتھ فوری ہوتا ہے (نیز اس میں درد ہوتا ہے، اور ارتعاش انتہائی کی دوسری علامتیں غیر موجود ہوتی ہیں) اس کے برعکس مرض شارکوٹ میں درد نہیں ہوتا ہے، اور ارتعاش انتہائی کی علامتیں موجود ہوتی ہیں +

مرض نفرس — اسکی تشخیص اس طرح کی جاتی ہے کہ نفرس کا حملہ یکایک ہوتا ہے، اور یہ عموماً پاؤں کے انگلیٹھے سے شروع ہوا کرتا ہے +

انڈا اس — اس کا انداز اچھا نہیں ہے، یعنی علاج سے اچھے نتائج پیدا ہونے کی امید نہیں، قسم وصالی المفصل رتسم یک مفصلی) میں کچھ امید ہو سکتی ہے، لیکن قسم کثیر المفصل میں، یعنی جبکہ متعدد مفاصل ماؤت ہوں، مریض جلد یا بدیر یقیناً اپانج ہو جائیگا +

۱۵ لوکو موٹرائیکسیا +

۱۶ شارکوٹس ڈیزیز +

۱۷ گاڈ رتفرس +

۱۸ نیوروپے تھک رتفرائی انس

علاج :- علاج کا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ انجذاب عفونت کی راہ تلاش کی جائے، اور اسے بند کرنے کی کوشش کی جائے، مثلاً تقیح لیسٹہ، التھائک رحمی باطن، التھائک مجرای بول وغیرہ میں سے جو مرض ہو، اسکا علاج کیا جائے، اسکے علاوہ علامات کی شدت کو کم کرنے کی کوشش کرنی چاہیے۔ مفاصل کو نرم ادنی کپڑوں (مثلاً فلا لین) سے پیٹ کر گرم رکھا جائے، دھک دمالش، کبشرت کی جائے، اور یہ کسی طرح مناسب نہیں ہے کہ مفاصل کی حرکت کو پورے طور پر بند کر دیا جائے، ورنہ ان کے حرکات قبل از وقت محدود ہو جائیں گے۔

اچھی غذا اور خشک ہوا (خشک موسم) کا انتظام کیا جائے، دواؤں میں سے تلوئیہ بغش آمیز (پوٹے شیم آئیوڈائن) سب سے مفید ہے اسی طرح اس مرض میں علاج بالٹما، علاج بالبرق، اور مقامی طور پر حرارت جو بچانے سے فائدہ ہوتا ہے، اگر یہ مرض ایک ہی مفصل میں ہے، اور اس کی وجہ سے مریض بیکار ہو رہا ہو، تو عل تقییم کرنا (مفصل کو کھانٹ کر کھانٹ کر خارج کرنا) بہتر ہوگا، جب یہ مرض مفصل ورک (کوٹے کے جوڑ میں ہوتا ہے، تو طر و خانطیر موٹا ہو جاتا، اور نخذ کا سر منجذب ہو جاتا ہے، اس وجہ سے ٹانگ کی لمبائی گھٹ جاتی ہے، ایسی حالت میں اگر مریض کوٹے کے بل گر پڑے، تو اس مرض کی تشخص گردن نخذ کے کسرت و شوار ہو جاتی ہے، لیکن سابقہ

۱۵ ہائیدو پیجی +

۱۶ اکثر پیجی +

۱۷ کسی دن ،

۱۸ یان اور سیاہی اور سس +

۱۹ اندر مریض سس ،

۲۰ یوری تھری سس ،

واقعات (تاریخ سابق) سے، نیز طر و خانہ کے غیر معمولی طور پر ابھر آنے سے، اور طبعی طور پر فخذ کے گھومنے سے تشخص آسان ہو جاتی ہے (یعنی یہ ساری باتیں التهاب مفصلی عظمیٰ میں پائی جاتی ہیں، اور کسر مذکور میں نہیں ہوتیں) +

التهاب مفصلی عصبی (مرض شارب کوٹ)

یہ مرض ارتعاش انتقالی (ذبول ظہری) میں نمودار ہوا کرتا ہے اور اسکی ابتداء میں بطور غرض کے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ اس مرض میں درد کے بغیر تیزی کے ساتھ (چند گھنٹہ میں) مفصل پھل جاتا ہے جس میں گنا ہے جلد ہی خلع لاحق ہو جاتا ہے۔ مفصل کی یہ سوجن (انتفاخ) گاہے غائب ہو کر لوٹا بھی کرتی ہے، لیکن زیادہ تر یہ ہوتا ہے کہ ہڈیوں کو کھالیتی ہے، یہ لاغر ہو جاتی ہیں، اور رباطات کے نرم ہو جانے کی وجہ سے ٹل جاتی ہیں۔ گنا ہے اغشیہ زلالیہ کے اندر یا باہر استخوانی طبقات بن جاتے ہیں، اور اتصاق کا ذب پیدا کر دیتے ہیں، اور گنا ہے کریوں کے کناروں پر استخوانی زوائد پیدا ہو جاتے ہیں، جو حرکات مفصل کو منور و کر دیتے ہیں۔ یہ مرض زیادہ تر گھٹنے، کوٹھے، اور شانہ کے جوڑوں میں ہوا کرتا ہے۔ اتفاقاً ایک سے زیادہ مفصل اس میں مبتلا ہوتے ہیں +

تشخیص ۱۔ اس کی تشخيص کا دار و مدار مندرجہ ذیل علامتوں پر

۱۔ لو کو موٹرائٹیکسی +

۲۔ نیور و پے تھک آر تھرائٹس +

۳۔ ٹے بیز ڈائریسلس +

۴۔ شار کوٹس ڈیزیز +

ہے: مرن کا حمل تیزی کے ساتھ (جلد) ہوتا ہے، مفصل میں جلدی
 رطوبات کا اجتماع ہو جاتا ہے، درد غیر موجود ہوتا ہے، معامی
 تغیرات نمایاں ہوتے ہیں، اور ذہول ظہری کی علامتیں موجود ہوتی
 ہیں +

اس میں مرضی تغیرات وہی ہوتے ہیں، جو التهاب مفصلی اعظمی
 میں پائے جاتے ہیں، فرق صرف اس قدر ہے کہ یہاں ان کا درجہ بڑھا
 ہوا ہوتا ہے +

علاج: میلان (زیغان۔ بد وضعی) کو دور کرنے کے لئے کوئی
 مناسب جبرہ استعمال کیا جائے۔ تاکہ عضو کسی حد تک کام کارہ سکے +
 مرض: انٹیوبہ نچا عقیہ کا ہے اسی قسم کا التهاب مفصلی عصبی
 پیدا کر دیتا ہے؛ لیکن یہ عموماً ایسا بالائی اطراف (بالہ) میں ہوتا ہے
 اس میں درد، گرنی اور سردی کا احساس تو کم ہو جاتا ہے، مگر حس لمس و
 حس عضلی قائم رہتی ہے۔ ہاں عضلات لاغر ہو جاتے ہیں، اور غذائی
 تغیرات و فسادات پائے جاتے ہیں +

جب کسی عضو سے عصبی تربیت خراب ہو جاتی ہے، تو اسی
 قسم کا مرض التهاب مفصلی پیدا ہو جاتا ہے، نواہ یہ عصبی خرابی
 مرکزی ہو۔ یا محیطی؛ مثلاً صلب شقوق، فائج نصفی، فائج سفلی، التهاب
 عصبی محیطی، یا محیطی اعصاب کا کٹ جانا +

۱۔ ذہول ظہری۔ ٹے بیڑا رسیس +

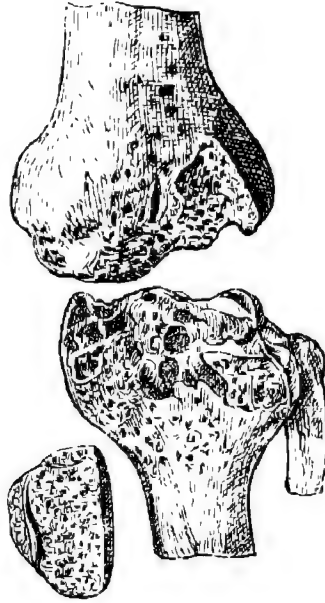
۲۔ ہی بیچیا (فائج نصفی) +

۳۔ سیرنگومائی، بلیا +

۴۔ پیرا بیچیا (فائج سفلی) +

۵۔ اسپائٹا بائی ٹیڈا +

۶۔ پریزیل نیورائی ٹس +



تصویر (۱۴۲)

التهاب مفصلی عصبی (مرض شارکوٹ) گھٹنے کا
 ہڈیوں میں تائگل جاری ہے، اور نئی ساخت
 نہیں بن رہی ہے۔

مفاصل کے امراض نرزیہ (ناعورزیہ)

مزاج نرزی (ناعور) میں سمولی چوٹ وغیرہ سے مفصل کے اندر خون بھر جایا کرتا ہے۔ اس میں التهاب مفصلی عظمیٰ کے سے تغیرات پیدا ہوتے ہیں، گنا ہے مفصل کے اندر اتصاق بھی ہو جاتا ہے +

علاج :- اداکل میں سکون دیا جائے، برف استعمال کی جائے کچھ عرصہ کے بعد دھک (مالش)، رگڑ، اور دباؤ استعمال کیا جائے مفصل سے مادہ ہرگز خارج نہ کیا جائے +

اجسام سائبہ مفاصل کے اندر (فییران المفاصل)

(اجسام سائبہ - آزاد اجسام) (فییران المفاصل) جوڑوں کے چوڑے جوڑوں کے اندر آزاد اجسام کی مندرجہ ذیل قسمیں ملا کرتی ہیں :-
(۱) اجسام بطریقہ تخم بطیخ - تخم خرنبہ (جو تخم خرنبہ کے مشابہ ہوتے ہیں، جو لیفین نامی مادہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ یہ مادہ طبقہ بہ طبقہ جم کر اس شکل میں جمع ہو جاتا ہے +

(۲) بڑے ہوئے زائد خلیہ جو الگ ہو کر مفصل کے اندر آزاد

پڑے رہتے ہیں +

۵۵ میلن سیڈ باڈیز +

۵۶ لیفین - فائبرین +

۵۷ وٹس پراسنر +

۵۸ ہیموفائی لک ڈیزیز آف جوائنٹس +

۵۹ ہیموفیلیا +

۶۰ ایڈیٹرن +

۶۱ روز باڈیز ان جوائنٹس +

(۳) آزاد اجسام جو غشاء زلالی کی جھالروں میں غصروں کے بڑھ جانے سے پیدا ہو جاتے ہیں، یہ اجسام گاہے کسی ریشہ کے ذریعہ البتہ رہتے ہیں، اور گاہے بالکل الگ اور آزاد +

(۴) غصروں یعنی یا غصروں مفصلی کا کوئی ٹکڑا بالکل آزاد اور الگ مفصل کے اندر پایا جاتا ہے +

(۵) آزاد غصروں جو التهاب مفصلی عظمیٰ میں پیدا ہو کر الگ ہو جاتے ہیں +

یہ اجسام زیادہ تر گھٹنے اور کہنی کے جوڑوں میں پائے جاتے ہیں + علامات :- اس حالت میں علامات اس وقت پیدا ہوتے ہیں، جبکہ یہ اجسام اتفاقیاً مفصلی سطوح کے درمیان آکر پھنس جاتے ہیں۔ چنانچہ اس حالت میں رابطات کے کھنچ جانے کی وجہ سے فوری شدید درد پیدا ہو جاتا ہے، اور جوڑہ توڑی دیر کے لئے عارضی طور پر بندھ جاتا ہے (نا قابل حرکت ہو جاتا ہے)۔ پھر یہ جلد ہی آزاد ہو جاتا، اور اسکی دیکت لوٹ آتی ہے، اور اس کے بعد التهاب زلالی پیدا ہو جاتا ہے۔ مریض اکثر اوقات اپنے بعض حرکات سے ان اجسام کو ایسی وضع میں لے آتا ہے کہ یہ ٹوٹنے سے معلوم ہو جاتے ہیں +

تشخیص :- غصروں ہلالی کے انخلاع سے اسکی تشخیص دشوار ہے۔ ہاں اگر یہ آزاد جسم ٹوٹا جاسکے، تو پھر اس کی تشخیص متعین ہو جاتی ہے

۳۵ سیٹو آرٹھرائٹس +

۳۵ سیسیو یونز کارٹیلج +

۳۵ فائبروکارٹیلج +

۳۵ آرٹیکولر کارٹیلج +

۳۵ اکائیڈروسیئر +

علاوہ ازیں آزاد جسم میں جوڑ کی بندش ایک آنی اور ایک محظ کے لئے ہوتی ہے، جو فوراً کھل جاتی ہے۔ اسی طرح غضروف ہلائی کے انخلع میں اندرونی سطح (جہاں سے گڑھی الگ ہوتی ہے) دردناک اور حساس رہتی ہے۔ علیٰ ہذا اجسام سائبہ کی صورت میں مویخ آجانے یا عضو کے بل کھا جانے کی کوئی روایت ماسبق نہیں ملے گی۔

علاج: مفصل کو کھول کر آزاد جسم کو خارج کر دیا جائے، اگر ممکن ہو تو جوڑ کو کھولنے سے پہلے اس آزاد جسم کو انگلی سے ہٹا کر ہٹا دیا جائے، ورنہ اسکا سخت اندیشہ رہتا ہے کہ یہ پھسل کر جوڑ کے کسی ایسے حصے میں غائب ہو جائے کہ پھر اسکا آسانی سے پتہ نہ چلے، اور اس کا ہاتھ آنا دشوار ہو جائے +

تَجْرُ مَفَاصِل (التصاق مفاصل)

تَجْرُ مَفَاصِل (التصاق مفاصل) سے مراد یہ ہے کہ مفصل کی ہڈیاں ایک دوسرے کے ساتھ ملکر پورے طور پر جڑ جائیں، اور اس وجہ سے جوڑ بالکل سخت (بے حرکت) ہو جائے، لیکن اس اصطلاح کے استعمال میں ذرا غور و خیر برتی جاتی ہے، چنانچہ اُس وقت بھی تَجْرُ کا لفظ بول دیا جاتا ہے، جبکہ حرکات مفصل مکمل طور پر بند ہو چکے ہوں +

اسباب کے لحاظ سے تَجْرُ کی مندرجہ ذیل قسمیں بیان کی

جاتی ہیں :-

۱۔ دیکھی ہوئی تَجْرُ مَفَاصِل (تَجْرُ پتھر جانا) +

(۱) تجر جو مفصلی سطحوں کے باہم مل جانے اور ایک ہو جانے کی وجہ سے پیدا ہوا ہو؛ چنانچہ یہ سطحیں باہم لگاہے یعنی ساخت کی وجہ سے جڑ جاتی ہیں، اور لگاہے عظمی مادہ سے کربیاں جب گل جاتی ہیں ان میں تا کُل ہو جاتا ہے، تو اس کے بعد اتصال یعنی ہوا کرتا ہے۔ اس صورت میں مفصل کے اندر کچھ حرکات ممکن ہوتے ہیں۔ اور جب جوڑ کی کربیاں پورے طور پر ضائع ہو جاتی ہیں، تو اتصال عظمی ہوا کرتا ہے، اور اس صورت میں جوڑ کے اندر کسی قسم کی حرکت نہیں ہو سکتی +

(۲) تجر جو غشاء زلالی کے جون کے کُلّا یا جزراً معدوم ہونے کی وجہ سے لاحق ہو؛ یہ صورت لگاہے التهاب زلالی کے بعد ہوا کرتی ہے، جس سے وہاں جھلی چٹ جاتی ہے (التساق) +

(۳) تجر جو رباطات کے یا اجسام محیطہ مفصل کے سکرٹنے کی وجہ سے لاحق ہو؛ یہ لگاہے مفصل کے سوزا کی عوارض کے بعد پیدا ہوتا ہے؛ لگاہے مفصل کے ارد گرد کے اجسام میں ندبی انقباض (تقلص) پیدا ہونے کے بعد پیدا ہوتا ہے؛ لگاہے مفصل کے قریب یا اسکے اندر کسر واقع ہونے کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے، اور لگاہے التهاب عضلی عظمی کی وجہ سے +

لگاہے مفصل اس وقت بھی بے حرکت ہو جاتے ہیں، جبکہ التهاب مفصلی عظمی، التهاب مفصلی عصبی (مرض شاکوٹ)، وغیرہ

لہ ندبی انقباض = سی کیٹ ریشل کان ٹرکیشن +

لہ التهاب عضلی عظمی = مائی اوسائیٹس آسی ٹی کیٹس رومنڈ کا التهاب جس میں ہڈی کی خستہ جگہ پر

میں استخوانی زوائد، جو ان حالات میں پیدا ہو جاتے ہیں، مفصل کو منتقل کر دیتے ہیں +

علاج :- تجر عظمیٰ کے علاج میں معالج کے دو مقاصد ہوا کرتے ہیں؛ یا بدنائی اور فساد شکل کو دور کرنا، یا مفصل کو کارآمد بنانا، اور اس میں حرکت کا لوٹانا۔ مفصل مرفق (رکشی کے جوڑ) میں عملیات جراحیہ سے اچھے نتائج برآمد ہوا کرتے ہیں۔ اس مقصد کے لئے مفصل کو کمولا جائے، احتیاط کے ساتھ مفصلی ہڈیوں کے سروں کی مناسب شکل بنائی جائے، اور ان سروں کے درمیان چربی اور لافانہ غائرہ کا ایک ٹکڑا (شریحہ) حائل کر دیا جائے؛ خواہ یہ ٹکڑا بالکل آزاد اور منفصل ہو، یا دوسری ساختوں سے بذریعہ اپنے ریشوں کے متصل ہو۔ لافانہ غائرہ کے علاوہ اور ساختیں بھی درمیان میں حائل کر دی جاتی ہیں، مثلاً بعض حیوانات کی صفاتی جھلی یا مثانہ وغیرہ۔ اس عمل کو ترقیم مفصل (مفصل کے اندر جوڑ یا پیوند لگانا) کہتے ہیں۔ علاج کی کامیابی کے لئے نہایت ضروری ہے کہ اس عمل کے بعد بہت زیادہ احتیاط برتی جائے +

مفصل کثیف (رثانہ کے جوڑ) کے تجر میں ضروری ہے کہ بازو کی ہڈی کا سر نکال دیا جائے، بازو کو عرصہ تک بے حرکت رکھا جائے، اور اس حالت میں اس کی وضع یہ ہو کہ یہ خط وسطانی (بغل) سے دور ہو، اور بازو کی ہڈی کو باہر کی طرف گھما دیا گیا ہو +

مفصل ورک (کو لھے کے جوڑ) کے تجر میں ترقیم مفصلی کے

عمل کے بعد اچھے نتائج برآمد نہیں ہوا کرتے ہیں، کیونکہ یہ زیادہ تر
 مرض درنی کی وجہ سے لاحق ہوا کرتا ہے۔ اسی طرح اس میں عنق الغنڈ
 کا ٹٹا بھی مناسب نتائج نہیں پیدا کرتا ہے، جیسا کہ بعض ماہرین کیا
 کرتے ہیں۔ اس میں بہترین عمل یہ ہے کہ طر و خانطیر کے نیچے ران کی ہڈی
 کو کاٹ دیا جائے (قطع العظم تحت الطر و خانطیر)؛ اس عمل کی صورت
 یہ ہے کہ پہلو کی جانب سے ہڈی کھولی جائے، پھر ہڈی کو ازیل (مخزومہ
 جینی) سے، یا آری سے کاٹ دیا جائے، پھر اس مقصد سے کہ عضو
 اچھی وضع میں قائم رہ سکے، عموماً عضلات مقربہ کے اوتار کاٹ دئے
 جاتے ہیں (قطع الاوتار)؛ یہ عمل آسانی سے عظم العانہ کے قریب کیا
 جاسکتا ہے۔ اس عمل کے بعد تدابیر بعد کافی عرصہ تک جاری رہنے
 پائیں، تاکہ ہڈی کا اتحام اچھی طرح مستحکم ہو جائے۔ کیونکہ عضلات مقربہ
 بہت قوی ہوتے ہیں، اگر شیئذ (مقام اتصال) نرم ہوگا، تو بہت
 ممکن ہے کہ ان عضلات کے انقباض سے ہڈیوں کے سرے ٹل جائیں۔
 مفصل کے غیر درنی تجر میں ایک بڑے شکاف کے ذریعہ کھولا
 جاتا ہے، جسکی شکل پیالہ نما ہوتی ہے، اس پیالہ کا قاعدہ (تہ) اوپر
 کی طرف ہوتا ہے، اور طر و خانطیر اچھی طرح اس پیالہ کے اندر آ جاتا ہے
 پھر شریعہ تبعیت لغائدہ غائرہ اوپر اٹھایا جاتا ہے، طر و خانطیر کا قاعدہ
 ازیل (مخزومہ) کے ذریعہ کاٹ لیا جاتا ہے، جوڑ کو کھولا جاتا ہے،
 اور فخذ کا سرخٹ اورک سے علحدہ کیا جاتا ہے، اور اس کی شکل ایسی

۱۵ سب ٹروکین ٹرک آسٹیوٹومی + ۱۶ فلیپ (شریحہ) +

۱۷ ٹٹا ٹومی +

بنادی جاتی ہے کہ یہ آزادی کے ساتھ اپنے گھرے اور چکنے نشیب میں حرکت کر سکے۔ پھر لگانہ کا ایک ٹکڑا لیکر فخذ کے سر کے گرد احتیاط سے لپیٹ دیا جاتا ہے، اور اسے اپنی جگہ پر ٹانگوں سے قائم کر دیا جاتا ہے۔ جو باطات کاٹے گئے ہیں، انہیں پھر جوڑ دیا جاتا ہے، اور طرفہ خانہ کو پھر اپنی جگہ پر کیلوں سے قائم کر دیا جاتا ہے۔ اور زخم (جراثیم) کو بند کر دیا جاتا ہے۔ ٹانگ کو وضع تعیدی میں رکھا جاتا ہے، اور تھیر کے لئے وزن لٹکایا جاتا ہے۔ دس روز کے بعد حرکات قسریہ شروع کی جاتی ہیں +

مفصل رُکبہ رکھنے کے جوڑے کے تجربے میں پچر کی شکل کا ایک ٹکڑا اکاٹ کر جوڑے نکال لیا جاتا ہے۔ اس علاج کا مقصد یہ ہوا کرتا ہے کہ گھٹنہ بے حرکت، سیدھا قائم ہو جائے، اس میں یہ کوشش نہ کرنی چاہئے کہ اس میں حرکت لوٹ آئے +

تجربہ فیصلیٰ کا علاج عموماً اس طرح کیا جاتا ہے کہ مرین کو بیہوش کر کے جوڑے کو موڑا جاتا ہے، اس کے بعد دنگ (مالش) اور تحریکات قسریہ کی جاتی ہے؛ لیکن اگر مفصلی سطوح اچھی طرح ملی ہوئی ہوتی ہیں، تو اس عمل سے کوئی اچھا نتیجہ نہیں نکلا کرتا ہے، کیونکہ جلد ہی دوبارہ ساختیں جڑ جایا کرتی ہیں۔ ایسی حالت میں اس عمل سے بہتر یہ ہے کہ چند روز تک کسی پچکدار چنیر سے عضو کو کھینچا جائے (تھیراپی)۔ امراض درنہ میں یہ کبھی مناسب نہیں ہے کہ سختی کے ساتھ دستمال کی کوشش کی جائے +

۱۵ ایلاسٹک ٹریکشن +

۱۶ تجربہ فیصلیٰ - فائبرس ایکٹیویشن +

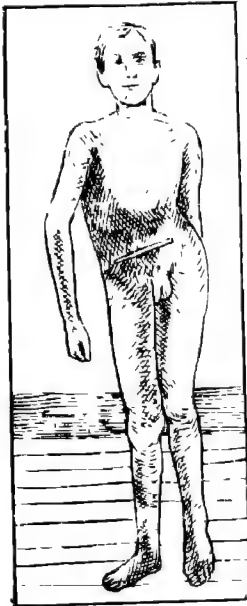
وَجْعُ الْوَرَكِ (دار الورک)

وَجْع کے معنی درد اور دکھ کے ہیں، اور دار کے معنی بھی بیماری (مرض) کے ہیں اس لغوی معنی کے لحاظ سے مفصل ورک کے ہر مرض کو ”وجع الورک“ یا ”دار الورک“ کہا جاسکتا ہے، لیکن اصطلاحاً اس سے اکثر اوقات التهاب مفصلی درنی ”مراد لیا جاتا ہے، جو بہت عام اور کثیر الوقوع ہے، اور یہی اس وقت مقصود ہے۔ اگرچہ اس میں گٹھیا، سوزاک وغیرہ سے بھی درد اور مرض پیدا ہو جایا کرتے ہیں + مفصل ورک (کو لھے کے جوڑ) کا مرض درنی (مرض سلی) دس سال سے کم عمر کے بچوں میں بہت عام ہے، چنانچہ اس کی ابتداء گاہے غشاء زلالی سے، اور گاہے ہڈی سے ہوتی ہے۔ جب یہ ہڈی سے شروع ہوا کرتا ہے، تو ابتدائی سرگز اکثر اوقات نخزکی گردن کے زیرین حصے میں خط کر دوسے سے ٹھیک بیرونی جانب بنتا ہے۔ لیکن طرذو ناظیر، نخز کے سر کا کر دوسے، اور حق الورک کی سر شاخہ گڑھی بھی گاہے اسکا ابتدائی مرکز بن جاتے ہیں۔ ہڈی سے جب مرض شروع ہوتا ہے، تو یہ غشاء زلالی تک بڑھ کر جوڑ کو پورے طور پر مَلَوُث (عفونی) کر دیتا ہے۔ جب یہ مرض حق الورک تک پہنچ جاتا ہے تو گاہے یہ اندر کی طرف بڑھ کر جون ماند کے اندر پھوڑا بنا دیتا ہے +

۴۵ ہپ جاسٹ ڈیزیز (ہپ ڈیزیز) + ۴۵ اپنی میس +

۴۵ ٹیوبرکولس آر تھرائیٹس + ۵۵ دائی شپڈ کارٹیلج (۷ شپڈ) +

۴۵ خط گردی - اپنا فیزیل لائن + ۴۵ اسی ٹے بولم +



(ب)



(الف)

وجع الورک کے درجات میں عضو کی کیا حالت ہو جاتی ہے
(الف) میں ریڑھ کے ثانوی خم خوب نمایاں ہیں۔ (ب) میں لکیر دونوں جانب کے شوکہ مقدمہ علیا کے درمیان کھینچی گئی ہے۔ تاکہ یہ اندازہ ہو سکے کہ عضلات و ادبہ کی طرف کس قدر کھینچ گیا ہے۔

جو عضلات مفصل درک کے گرد ہیں، وہ اپنی قوت سے جو نہ
سکڑ جاتے ہیں، اس لئے یہ نخ کے سر کو حق الورک کے پیچھے اور اوپر کے
حصے کی طرف دباتے ہیں؛ چنانچہ یہ متصل حصے مغذب ہو جاتے ہیں +
اس طرح حق الورک نامی حفرہ بہت بڑا ہو جاتا ہے، اور گاہے
اس میں حمید بھی بن جاتا ہے۔ لیکن اسی حالت میں متصل غشاء عظمیٰ کے
نیچے ہڈی کا ایک نیا کنارہ بن جاتا ہے، جو سابقہ کنارہ سے کسی قدر
اوپر ہوتا ہے۔ اس نئے حق الورک کو، جو اس طرح بن جاتا ہے،
”حق دیشیمی“ کہا جاتا ہے (دیشیم - رینگنا)، کیونکہ یہ نخ کے سر کی وجہ سے
برابر اوپر اور پیچھے کی طرف بڑھتا چلا جاتا ہے، یہاں تک خاصہ کی پشت
تک پہنچ جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ٹانگ کی لمبائی بہت گھٹ جاتی ہے +
اس مرض میں خراج مزمن بہت عام ہے، جو عموماً طرود خا نظیر
اعظم کے سامنے یا پیچھے، یا عضلہ مقربہ طویلہ کے وتر کے مبداء کے قریب
سنہ کیا کرتا ہے +

علامات (تاریخ فراشی) :- مریض (عموماً بچہ) لنگڑا ہوتا ہے،
اور وہ کولہ کے جوڑ میں ران کے اندر کی طرف یا گھٹنے میں درد کی
شکایت بیان کرتا ہے۔ ران اور سرین کے عضلات کسی قدر لاغر
نظر آتے ہیں۔ اوائل میں عموماً ٹانگ بڑا ہر لمبی معلوم ہوا کرتی ہے،
سرین چبٹے ہو جاتے ہیں، ٹانگ انقباضی، تبعیدی اور باہر کی طرف
ترزی ہوئی وضع میں رہتی ہے۔ سرین کی شکن (ثنیۃ الوتر) جو ران اور
لہ ٹریڈنگ اسی ٹے بولم + لہ گریٹ ٹروکین ٹر + لہ ایکٹروٹاکس ٹنڈن +
لہ کلی نیگل ہسٹری + لہ گلیوٹیل فولڈ +

سرمین کے درمیان ہوتی ہے، غائب ہو جاتی ہے، جس کی وجہ کچھ تو یہ ہے کہ عضلات لاغر ہو جاتے ہیں، اور کچھ وجہ یہ ہے کہ ٹانگ انقباضی وضع میں رہتی ہے۔ مفصل کی حرکت کسی قدر دشوار ہوتی ہے، اور حرکت کی کوشش کے وقت درد ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا وضع (انقباضی) تبعیدی، اور باہر کی طرف مڑی ہوئی وضع، مریض اس لئے اختیار کرتا ہے کہ اس وضع میں رباطات ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، اور مفصل کی گنجائش سب سے زیادہ ہوتی ہے۔ چونکہ اس مرض میں ران وضع تبعیدی میں آ جاتی ہے، اس لئے مریض اسکا تدارک اس طرح کرتا ہے کہ عائدہ ران کو ماؤن جانب نیچے جھکا دیتا ہے، جس سے ٹانگ بظاہر رواز ہو جاتی ہے، اور دوسری ٹانگ کے برابر (متوازی) ہو جاتی ہے۔ لیکن اس حالت میں صلب کے اندر کمر کے مقام میں جانبی خیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اسی طرح مریض ران کی وضع انقباضی کا تدارک اس طرح کرتا ہے کہ وہ عائدہ ران (روض) کو سامنے اور نیچے کی طرف جھکا دیتا ہے، جس سے صلب (ریڑھ) میں کمر کے مقام پر سامنے کھڑن خیدگی بڑھ جاتی ہے۔ لیکن ماؤن عضو کی اصلی وضع کا پتہ اس طرح چلایا جاسکتا ہے کہ مریض کو ہوا فرش پر چیت لٹایا جائے، دونوں طرف کے عظم الخاصرہ کے متوکہ مقدمہ علیا کو ایک محاذ میں لایا جائے، اور ماؤن ٹانگ کو یہاں تک بلند کیا جائے کہ کمر کی بد وضعی دور ہو جائے، اور اسکا وہ خم جو آگے کی طرف زیادہ ہو گیا تھا، وہ اصلی حالت پر لوٹ آئے۔ ایسا کرنے سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ ماؤن ٹانگ کس قدر ٹیڑھی ہو گئی ہے۔ ماؤن مفصل کی حرکات بھی محدود (کم) ہو جاتی ہیں، چنانچہ

جب ران کو موڑنے، گمانے، قریب یا بعید کرنے کی کوشش کی جاتی ہے، تو ران کے ساتھ عانہ (حوض) بھی حرکت کرتا ہے۔ پھر جیسے جیسے مرض پھیلتا اور ترقی کرتا جاتا ہے، اسی طرح درد برابر بڑھتا چلا جاتا ہے، اور بعض اوقات رات کے وقت وجہ نشہ بھی ہونے لگتا ہے، بخار لاحق ہو جاتا، اور پھوڑے نمودار ہو جاتے ہیں۔ پھر ران کا انقباض بڑھتا جاتا ہے، اور اب وہ وضع تبعیدی کی بجائے وضع تقریبی میں آ جاتی، اور باہر کی بجائے اندر کی طرف مڑ جاتی ہے۔ اب عانہ بھی ماؤن جانب اوپر کی طرف مڑ جاتا ہے، تاکہ دونوں ٹانگوں کی موازات قائم رہے؛ اس طرح ماؤن ٹانگ کی لمبائی میں بظاہر کمی معلوم ہوتی ہے (تَقْصُرُ ظَاہِرًا)۔ پھر جیسے جیسے مرض بڑھتا جاتا ہے، ہڈی جذب ہوتی جاتی ہے، اور پچھلے اور بالائی رباطات نرم ہوتے جاتے ہیں، اس طرح بتدریج یہ ٹانگ حقیقت میں چھوٹی ہوتی چلی جاتی ہے (تَقْصُرُ حَقِیقَتًی)۔ اگر پھوڑوں کے پھوٹ جانے کی وجہ سے ثانوی طور پر عددی ہوجائے (باہر سے جراثیم داخل ہو جائیں)، تو تھیں دتیمہ اور نسا و نشائی شروع ہو جاتا ہے +

اس مرض میں، خواہ کوئی درجہ ہو، شفا کے حاصل ہونے کی امید ہوتی ہے، مگر مفصل سنج ہو جاتا ہے +

تشخیص - اس مرض کی تشخیص خاص طور پر کمر کے مہروں کی

۱۵ اسٹارٹنگ پین +	۱۵ اپے رنٹ شائٹے ننگ +
۱۶ ایکشن پوزیشن +	۱۶ ہک ٹک نیور +
۱۷ ایکشن پوزیشن +	۱۷ امی ایڈڈی خبریشن

بوسیدگی (نخر) سے کرنی پڑتی ہے، لیکن اگر عضلات کی لاغری مخصوص بد وضعی (فساد شکل)، اور حرکات مفصل کی کمی پر توجہ سے غور کیا جائے، تو کوئی دشواری قائم نہیں رہتی (یعنی یہ سب باتیں دوجہ الورک میں ہوتی ہیں، اور نخر مذکور میں نہیں ہوتی ہیں) +

ورک (انس) (اعوجاج الورک انس) نامی مرض میں اگرچہ ران کی ہڈی اندر کی طرف گھوم جاتی، اور وضع تبعیدی میں آ جاتی ہے، لیکن اس میں لاغری نہیں ہوا کرتی ہے +

خلقی خلل (پیدائشی) میں تمام حرکات یہ آسانی ہو سکتے ہیں +
اللم الورک کا ذب میں درد کم ہوتا ہے، حرکات بھی زیادہ محدود نہیں ہوتے، اور عضلات کی لاغری بھی زیادہ نہیں ہوتی ہے۔
 عکس شاعی سے اگر معائنہ کیا جائے، تو مفصل کے اندر نہ تخلخل کی شہادت ملتی ہے، اور نہ نخر کی۔ ہاں اس میں گرد و سہ (راس الفخذ) چپٹا (مسطح) ہو جاتا ہے، اور کچھ عرصہ کے بعد چوڑا (عریض)، گردن اکثر اوقات چھوٹی ہو جاتی ہے، اور اسکا زاویہ جسم کے ساتھ تنگ ہو جاتا ہے۔
 طرہ خانہ اعظم زیادہ ابھرا ہوا رہتا ہے، اور اس میں تقیع (پسپ) پرانے کی استعداد (میلان) نہیں ہوتی ہے +

انذار:- اگر مناسب علاج کیا جائے، اور تلوث (عفونت ثانیه) سے روکا جائے، تو توقع کی جاسکتی ہے کہ مفصل ستر ہو کر اس

۱۵ کن جے ٹی ٹلوسکوشن +	۱۵ کیریز = نخر +
۱۵ سیوڈو کاسکلیا +	۱۵ کاسکلیا ویرا: ورک انس (اغنا) الورک مفصل پر
۱۵ اکس رے (اسکیرینی) +	۱۵ کسی مرض کو بغیر علم الفخذ کی گردن کا پیچہ کیطرت
۱۵ ریبری فیکشن تخلخل	خیمہ ہو جانا +

مرض سے شفا حاصل ہو جائیگی، لیکن ہر صورت میں مرض درنی کے عمومی ہو جانے (تمام بدن میں پھیل جانے) کا احتمال رہتا ہے۔ جب اس میں عددائے ثانیہ (بیرونی تلوث) ہو جاتا ہے، تو فسادِ نشائی، تیقح الدم، اور تعفن الدم کی وجہ سے موت لاحق ہوتی ہے +

علاج - اوائل مرض میں مریض کو راحت و سکون کے ساتھ بستر پر اس طرح لٹائے رکھنا چاہئے کہ اس کی ٹانگ میں پھیلانے کے لئے وزن متعادل لگا دیا جائے؛ اس پھیلاؤ کا رخ وہی ہو جو اس مرض کی وجہ سے ٹانگ کا رخ ہو گیا ہو، اور جس طرح بتدریج اسکا موڑ (انقباض) کم ہوتا جائے، اور وہ خط وسطانی سے قریب آتی جائے، اسی طرح بتدریج پھیلاؤ کے رخ کو بدلتے رہیں، اور چرخہ (گھرنی) کو نیچے لاتے رہیں، جب درد جاتا رہے، اور عضو سیدھا ہو جائے (بلندی سے افقی وضع میں آجائے)، تو کھڑے ہونے اور چلنے پھرنے کے لئے طاس کا جیسرہ درکیہ لگایا جائے، تندرست پاؤں میں کھڑاؤں پہنایا جائے، اور میاکیوں (عکاکیز) کا استعمال کیا جائے۔ یہ جیسرہ مرض کے علامات دور ہونے کے بعد کم از کم چھ ماہ بعد تک استعمال کرنا چاہئے۔ بدنی صحت کی اصلاح کے لئے اچھی غذا، تازہ ہوا، اور صوب کا انتظام کرنا چاہئے۔ جیسرہ مذکور

۵۵ جیسرہ درکیہ (لیٹاس) تھواس

ہپ اسپلٹ +

۵۶ کرچیز (عکاکیز) +

۵۷ ای لائٹ ڈی جن ریشن +

۵۸ پائی میا +

۵۹ سٹی سی میا +

۶۰ ریٹاکس ٹشن (وزن المتدیر) +

کی بجائے گا ہے خائوش (سیلیولائیڈ) نامی مواد کے ہلکے جبرے جو مفصل کو کافی طور پر اور اچھی طرح بے حرکت کر دیں، یا لازوق کا صندوق استعمال کیا جاسکتا ہے۔ بہت چھوٹے بچوں میں فلیپس کا صندوق اچھا رہتا ہے؛ یہ چند ماہ تک استعمال کیا جائے، اس مرض میں تمام اعمال جراحیہ سے گریز کیا جائے، سوائے اس کے کہ اگر ضرورت ہو تو جو خراج سے پیپ باہر نکال لی جائے (بذریعہ عمل متخاص یا شفاط)۔ عمل تقلم یا عمل جُب سے، یعنی ہڈی کاٹ کر نکالنے سے اچھے نتائج برآمد نہیں ہوا کرتے ہیں، اس سے ٹانگ بھی بہت چھوٹی ہو جاتی ہے، اور کمزوری بھی بہت آ جاتی ہے۔ سامان تثبیت ریلے حرکت رکھنے کے آلات) لگا ہے چند سال تک قائم رکھے جاتے ہیں اور جب یہ علمہ کئے جاتے ہیں، تو بہت احتیاط برتنی پڑتی ہے، اولاً اگر اس کے بعد حرکات میں کوئی خرابی یا وضع میں کوئی تبدیلی پیدا ہوتی نظر آتی ہے، تو دوبارہ انیس استعمال کیا جاتا ہے +

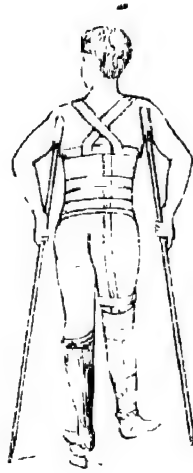
جب مرض بڑھتا چلا جائے، یا جب فساد نشانی شروع ہو جائے یا جب مریض کی بدنی صحت اتنی کمزور ہو کہ وہ کسی لیے عمل کو برداشت نہ کر سکے، تو عمل بتر کرنا چاہئے +

جب تجربہ کی صورت میں شفا حاصل ہو جاتی ہے تو گاہ ٹانگ

۱۔ خائوش (خانہ وشن) - سیلیولائیڈ + ہو جاتا ہے، سانس کے لئے منہ کھلا رہتا ہے، بلاسٹرکیس +

۲۔ فلیس باکس - صندوق فلیس - اس صندوق ساتھ رہتا ہے +

۳۔ صندوق میں بچہ کا پورا جسم بے حرکت سکے ایسپائی ریشن +



تصویر (۱۳۵)

دب مع الورک میں جبیرہ طامسک استعمال

خط وسطانی سے قریب ہو جاتی، اور منقبض رہتی ہے۔ ایسی صورت میں اس خرابی کو دور کرنے کے لئے عنق الغنڈ سے پھر جیسا ٹکڑا کاٹ کر نکال دیا جاتا ہے، یا دونوں طرف خانطیر کے درمیان ہڈی کو کاٹ دیا جاتا ہے، اور کٹی ہوئی سطحوں کو اس طرح ملا دیا جاتا ہے کہ ٹانگ کی وضع سیدھی ہو جاتی ہے +

مفصل عجزی حرقنی کا مرض

مرض درنی بالنفوں (جوانوں) میں بچوں کی نسبت زیادہ عام ہے جو عموماً غلی (استخوانی) ہوتا ہے، یعنی مرض کی ابتداء ہڈی سے ہوا کرتی ہے +

علامات :- جوڑے اوپر درد ہوتا ہے، جو حرکت کرنے یا کھڑے ہونے (اور کھانسنے، چھینکنے) سے بڑھا کرتا ہے۔ جب جل قطنی عجزی پر دباؤ پڑتا ہے، تو درد سر میں اور ٹانگ کی طرف منتقل ہو جاتا ہے۔ اگر مریض نرمی سے حرکت کرے، تو بہت ممکن ہے کہ درد محسوس نہ ہو، اور حرکت میں کوئی کمی نہ آئے۔ لیکن جب مریض سخت حرکت کرتا ہے، اور شکم کے چپے عضلات خاصہ (حرقفہ) کو درد سے کھینچتے ہیں، تو درد پیدا ہو جاتا ہے۔ ماؤف جانب کی ٹانگ بظاہر لمبی ہو جاتی ہے لیکن اگر اسے شوکہ مقدمہ علیا سے اندر دنی گٹھ تک ناپا جائے، تو اسے ڈیزیز آندی سیکرہ الیک جائنٹ +

جل قطنی عجزی رلبو سیکرل کا درد وہ عصبی تنہ ہے، جو کر کے چوتھے اور پانچویں عصب کی شاخوں سے ملکر بنتا ہے، یہ ضغیرہ عجزیہ تک بڑھتا ہے۔ یہ عصب مفصل مذکور کے سامنے واقع ہے +

وغیرہ) اور سوزاک یا عفونت کی وجہ سے مہری دغ میں ہڈیاں جڑا گئی ہوں +

(۳) فلور مریکٹھ میں، اور خلوع کسریہ میں +

(۴) کسر مفتتہ میں۔ جو مفصل کی ہڈیوں میں واقع ہوا اور جس سے مفصل متحرک ہو گیا ہو، اور اس تجربہ سے عضو کی حرکت میں خرابی آگئی ہو، مثلاً شاد یا کسپی کے جوڑ میں +

(۵) التهاب مفصلی عظمیٰ کی بعض قسموں میں +

اس عل سے بعض مقامات میں تو یہ مقصود ہوتا ہے کہ مستحکم تجربہ پایا ہو جائے، اور بعض مقامات میں یہ مقصود ہوتا ہے کہ ایک متحرک مفصل ماعل ہو جائے +

۱۵ سپس (عفونت) + ۱۵ می نیہ ڈیکچرز +

۱۶ کپنڈا سلوگیشن + ۱۶ آسٹیو آرٹھرائٹس +

۱۷ ڈیکچر ڈسٹروگیشن +

تمت

تشریحی نقشہ

مطب میں آویزاں کرنے کے لئے

دفعہ ۱۵۱ نے بڑے سائز کے رنگین تشریحی نقشوں کے چھپوانے کا سلسلہ شروع کر دیا ہے، چنانچہ ایک نقشہ شائع ہو چکا ہے، جس میں دماغ، حرام مغز، آنکھ، کان اور زبان کی تصاویر ہیں، یہ نقشہ بالکل لائتی طریقہ کا ہے، وارنٹس کرانے کے علاوہ نقشہ کی پشت پر کپڑا اور ادھر پر نیچے جھتی اور رول نکائے گئے ہیں تاکہ دیوار پر ٹکوانے میں سہولت ہو، قیمت پھر فی نقشہ

قانون نسل

امراض مخصوصہ کی بینظیر کتاب

(طبع دوم)

قانون نسل (مجموعہ کبیر) میں جربان، ضعف باہ اور سرعت انزال وغیرہ امراض مخصوصہ کے اسباب، علامات اور علاج اس خوبی اور سادگی سے بتائے گئے ہیں کہ معمولی اردو دان بھی اسے پڑھ کر اپنے مرض کی تشخیص کر سکتا ہے، اور اپنے لئے باقاعدہ صحیح اور مناسب مزاج نسخہ تجویز کر کے استعمال میں لا سکتا ہے، اس میں امراض مخصوصہ کے صد ہا صدی اور عجیب نسخے پہلے دل سے بلا کم و کاست درج کئے گئے ہیں، حجم اس کا ۳۰۰ صفحات سے زائد ہے، قیمت پھر جلد ۱، طبع دوم میں بہت کچھ ترمیم ہوئی ہے۔ کاغذ سفید اور چمکانا لگا یا گیا ہے۔

تمام قدیم و جدید قرا بادینوں کا بہترین انتخاب

القرا بادین

تمام قدیم و جدید قرا بادینوں کا بہترین انتخاب ہے، جسکو حال ہی میں دفتر لیسٹ
 نے من ملاحظہ فرمادہ ۱۶ ماکنس پر عمل کرتے ہوئے تمام قدیم و جدید قرا بادینوں
 مثلاً علاج الاسرائیل، قرا بادین، عظم و اکمل، قرا بادین کبیر، قرا بادین قادری،
 قرا بادین شفا، قرا بادین بقائی وغیرہ سے بہترین اور معمولی طب مرکبات
 کا انتخاب کر کے ترتیب دیا ہے، اور اس میں حتی الامکان ان مرکبات کے
 اندراج سے امتراز کیا ہے، جنکے اجزاء کا حصول آجکل تقریباً محال ہو، اور جن کے
 ذکر سے کتاب کے ذریعے ہونے کے سوا کوئی فائدہ نہیں ہے +

ملاحظہ فرمائیے کہ اس ۱۶ ویں کے اوزان کو متعارف اوزان مثلاً تولوں اور ماشوں
 میں لکھا گیا ہے، تاکہ بوقت ضرورت غیر متعارف اور غیر مروج اوزان مثلاً
 اوتیہ شقال، اور درہم وغیرہ کے معلوم کر نیکی رحمت و پریشانی نہ اٹھانی پڑے +
 سب سے بڑی اور زبردست خصوصیت اس قرا بادین میں یہ ہے کہ مرکبات کو
 صرف تہی کے لحاظ سے ترتیب دینے کے علاوہ امراض کی ترتیب کا بھی خیال رکھا گیا ہے
 جو اعضا کے لحاظ سے ہے، مثلاً امراض سر میں جو معاجین مستعمل ہیں، ان سیکو ایک
 جگہ جمع کیا گیا ہے، اور امراض معدہ میں استعمال دہیزلی معاجین کو ایک جگہ دلی ذائقہ
 ۱۶ سائز کے ۱۶ پونڈ ذریعہ کاغذ کے تقریباً ۱۳۰ صفحات پر دیدہ زیب
 طباعت و کتابت کے ساتھ شائع ہوئی ہے قیمت سات روپے جلد چرمی نمبر ۱۰

صنعت کا پتہ ۱۸۸: ناظم دفتر لیسٹ، قراول باغ - دہلی

